



CASE POSTALE 3300, SUCCURSALE B
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4Y5
TÉLÉPHONE : 514-286-8430



PO BOX 3300, STATION B
MONTREAL (QUEBEC) H3B 4Y5
TELEPHONE : 514-286-8430



**DEMANDE DE RÈGLEMENT
POUR FRAIS MÉDICAUX
MEDICAL EXPENSES
CLAIM FORM**

Nom du patient Patient's name		Lien de parenté à l'adhérent Relationship to member		Âge Age	N° de groupe Group no.	N° de l'étudiant Student ID	N'écrivez pas Do not write		
Nom de l'adhérent Member's name				DIAGNOSTIC - DIAGNOSIS					
Adresse Address		Ville City							
Province		Code postal Postal code							
NATURE DES SOINS - NATURE OF SERVICES								Code de service Service Code	Jour Day
Nom, adresse et spécialité du professionnel de la santé Name, address and speciality of the health professional				Par les présentes, je cède les prestations auxquelles j'ai droit, en vertu de la présente demande au fournisseur des services identifié ici, et j'autorise Croix Bleue Medavie à le payer directement.					
_____				I hereby assign my benefits payable from this claim to the herein named provider of services and authorize Medavie Blue Cross to pay said provider directly.					
_____				_____					
_____				Signature de l'adhérent - Member's signature					
N° de télécopieur - Fax number : _____				À l'usage de l'assureur - For insurer's use only					
Signature : _____				Code	Visites Visits	Visites couv. Cov. visits	Date	Honoraires Fees	Paiement Payment
Date : _____									

^{MC} Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.

TM The Blue Cross symbol and name are registered trade-marks of the Canadian Association of Blue Cross Plans and are used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.