

DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR MÉDICAMENTS

Section 1 - EMPLOYÉ - (Veuillez inscrire tous les renseignements demandés.)

Nom de l'employeur : _____

Nom de l'employé : _____

Adresse de l'employé : _____

Numéro, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

NUMÉRO
D'IDENTIFICATION
CARTE ASSURÉ™

(Assurez-vous d'inscrire le numéro au complet)



Complétez et envoyez à :
TELUS Solutions en santé
Département paiements des réclamations
630, boul. René-Lévesque Ouest
Suite 2200
Montréal (Québec) H3B 1S6

S'agit-il d'un ajustement pour une réclamation déjà payée? Oui Non

Si oui, demandez l'autorisation de votre gestionnaire de régime : _____

Section 2 - ASSURÉ/SOUSCRIPTEUR - N.B. – VEUILLEZ INSCRIRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS. IMPORTANT - N'envoyez que l'original de vos factures de médicaments.

Date de naissance

Nom du patient	Code du patient*	Date de naissance du patient (JJ/MM/AA)	Nombre de reçus	Montant

CODE/PATIENT: Employé = 01; Conjoint = 02; PAC sous l'âge maximum= 03; Étudiant dépassant l'âge maximum = 04; PAC handicapée= 05

Section 3 - ÉTUDIANT DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMUM (Code Patient 04)

Si votre police comporte une couverture pour étudiant dépassant l'âge maximum, S.V.P. compléter cette section:

Nom de l'institution d'enseignement: _____

Adresse de l'institution: _____

S.V.P. communiquer avec votre gestionnaire de régime afin d'obtenir plus de renseignements sur cette section.

Section 4 - COORDINATION DES BÉNÉFICES

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective, d'assurance santé, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental? Oui Non

Si oui, inscrire le nom du régime, du plan ou de l'assureur: _____

Numéro de police/plan: _____ Numéro d'identification du certificat: _____

Date de naissance du conjoint: Jour _____ Mois _____

Si vous avez soumis cette réclamation à un autre régime d'assurance, vous devez joindre la copie originale du **Relevé des prestations** de ce régime et les **copies** des reçus.

Section 5 - RÉCLAMATION "AUTRE PAYS"

Si cette réclamation concerne des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez compléter cette section:

Nom du pays où les médicaments ont été achetés? _____

Devise monétaire du pays? _____

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier relativement aux dépenses inscrites sur ce formulaire soit divulgué. Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire concernant moi ou mes personnes à charge (PAC) sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____ DATE : _____

N.B. Veuillez répondre à toutes les questions, sinon le formulaire vous sera retourné. Conservez une copie pour vos dossiers. Vous devez adresser toute demande de renseignements à votre gestionnaire de régime ou à votre assureur.