

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.