

NOM
NAME _____

ADRESSE
ADDRESS _____

_____ N° ET RUE / NO. AND STREET _____ VILLE / CITY

_____ PROVINCE _____ CODE POSTAL / POSTAL CODE

NOM DE L'ADHÉRENT - NAME OF PARTICIPANT _____ N° DE CONTRAT - CONTRACT NO. _____ N° DE CERTIFICAT - CERTIFICATE NO. _____

* VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET Y JOINDRE LES ORIGINAUX DE VOS FACTURES ET REÇUS DÉTAILLÉS. **CES DOCUMENTS NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS, VEUILLEZ DONC EN CONSERVER DES COPIES POUR FINS DE VÉRIFICATION.**

* **PLEASE FILL OUT THIS FORM AND ENCLOSE ORIGINAL COPIES OF YOUR BILLS AND RECEIPTS. THESE DOCUMENTS WILL NOT BE RETURNED. DUPLICATES SHOULD BE RETAINED FOR YOUR FILE.**

LES FRAIS ONT-ILS ÉTÉ ENGAGÉS À LA SUITE D'UN ACCIDENT ? OUI NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :
WERE EXPENSES INCURRED FOLLOWING AN ACCIDENT? YES NO IF YES, PLEASE SPECIFY :

DATE: _____ LIEU / PLACE: _____

CIRCONSTANCES / CIRCUMSTANCES: _____

LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS COUVERTS PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON
ARE THE EXPENSES SUBMITTED COVERED UNDER ANY OTHER INSURANCE CONTRACT? YES NO

VOTRE CONJOINT DÉTIENT-IL UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON
IS YOUR SPOUSE COVERED UNDER ANOTHER HEALTH INSURANCE CONTRACT? YES NO

SI OUI / IF YES : _____ N° DE CONTRAT / CONTRACT NO. _____ NOM DE L'ASSUREUR / INSURER'S NAME _____

N.B. : LE CONJOINT QUI EST COUVERT PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE DOIT PRÉSENTER SA RÉCLAMATION À CET ASSUREUR EN PREMIER. FOURNIR ENSUITE À LA CROIX BLEUE DU QUÉBEC LE RELEVÉ DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE DES REÇUS SOUMIS À SON ASSUREUR. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT RELATIVES AUX ENFANTS DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES À L'ASSUREUR DU PARENT (PÈRE OU MÈRE) DONT L'ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ARRIVE EN PREMIER DANS L'ANNÉE CIVILE.

N.B. : *THE SPOUSE WHO IS COVERED BY ANOTHER HEALTH INSURANCE PLAN MUST FIRST SUBMIT HIS CLAIM TO HIS INSURER. AFTERWARDS, PROVIDE QUÉBEC BLUE CROSS WITH A COPY OF THE RECEIPTS WITH A DETAILED ACCOUNT OF BENEFITS PAID. CLAIMS FOR CHILDREN MUST BE SUBMITTED TO THE INSURER OF THE PARENT (FATHER OR MOTHER) WHOSE BIRTHDAY OCCURS FIRST IN THE CALENDAR YEAR.*

JE CERTIFIE QUE LES FRAIS SOUMIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS PAR SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT ET QUE MES DÉCLARATIONS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES. DE PLUS, J'AUTORISE CROIX BLEUE DU QUÉBEC À DEMANDER AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET / OU AUX CENTRES HOSPITALIERS CONCERNÉS L'INFORMATION NÉCESSAIRE AU RÈGLEMENT DE CETTE DEMANDE.

I CERTIFY THAT THE EXPENSES SUBMITTED WERE INCURRED FOLLOWING AN ILLNESS OR AN ACCIDENT AND THAT MY STATEMENTS ARE TRUE AND COMPLETE. FURTHERMORE, I AUTHORIZE QUÉBEC BLUE CROSS TO OBTAIN FROM THE MEDICAL PRACTITIONER AND / OR MEDICAL CENTRE ALL PERTINENT INFORMATION RELEVANT TO THIS CLAIM.

_____ () _____
DATE SIGNATURE N.A.S. - S.I.N. N° DE TÉLÉPHONE - TELEPHONE NO.

VEUILLEZ COMPLÉTER LES INFORMATIONS AU VERSO.
PLEASE COMPLETE THE INFORMATION ON THE BACK OF THIS FORM.

