



**DEMANDE DE RÈGLEMENT**  
**FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX**  
**CLAIM FORM**  
**EXTENDED HEALTH CARE BENEFITS**

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 POLICE - POLICY NO.

N° D'IDENTIFICATION - IDENTIFICATION 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 ASSURANCE COLLECTIVE 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 BLUE CROSS GROUP BENEFITS 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 ASSURANCE COLLECTIVE 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 BLUE CROSS GROUP BENEFITS TO OBTAIN FROM THE MEDICAL PRACTITIONER AND / OR MEDICAL CENTRE ALL PERTINENT INFORMATION RELEVANT TO THIS CLAIM.

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_ ( ) N° DE TÉLÉPHONE - TELEPHONE NO. \_\_\_\_\_

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

C. P. 3300  
 SUCCURSALE B  
 MONTRÉAL (QUÉBEC)  
 H3B 4Y5

SI VOUS RÉCLAMEZ POUR UN ENFANT À CHARGE (ÂGÉ DE PLUS DE 18 ANS OU 21 ANS (SELON LE CONTRAT) ET DE MOINS DE 25 ANS), VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES :  
 IF YOU ARE CLAIMING FOR A DEPENDENT CHILD (AGED OVER 18 OR 21 (ACCORDING TO THE CONTRACT) BUT UNDER 25) PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:

| PRÉNOM<br>GIVEN NAME | NOM DE L'ÉCOLE, COLLÈGE OU UNIVERSITÉ FRÉQUENTÉ<br>NAME OF SCHOOL, COLLEGE OR UNIVERSITY ATTENDED | SESSION<br>SEMESTER | TEMPS PLEIN<br>FULL TIME | TEMPS PARTIEL<br>PART TIME |
|----------------------|---|---------------------|--------------------------|----------------------------|
|                      |   |                     |                          |                            |
|                      |   |                     |                          |                            |
|                      |   |                     |                          |                            |
|                      |   |                     |                          |                            |

\* VEUILLEZ INDIQUER LE TOTAL DES FRAIS SOUMIS PAR PATIENT ET PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.  
 \* PLEASE INDICATE THE TOTAL AMOUNT SUBMITTED FOR EACH PATIENT, IN CHRONOLOGICAL ORDER.

| PRÉNOM<br>GIVEN NAME | DATE DE NAISSANCE<br>DATE OF BIRTH |     |     | SEXE<br>SEX | LIEN DE PARENTÉ<br>RELATIONSHIP | MONTANT SOUMIS<br>AMOUNT SUBMITTED | DATE D'ACHAT<br>DATE OF PURCHASE | À L'USAGE DE LA CROIX BLEUE<br>FOR BLUE CROSS USE ONLY |
|----------------------|------------------------------------|-----|-----|-------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|
|                      | J-D                                | MO. | A-Y |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |
|                      |                                    |     |     |             |                                 |                                    |                                  |  |

**TOTAL**

NOTE : LE GENRE MASCULIN UTILISÉ DANS CE DOCUMENT POUR PLUS DE COMMODITÉ, DÉSIGNE TANT LES FEMMES QUE LES HOMMES.  
 FOR CONVENIENCE, THE MASCULINE GENDER USED IN THIS DOCUMENT ALSO INCLUDES THE FEMININE GENDER.

© The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

<sup>MD</sup> Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.