

JOIGNEZ LES REÇUS ORIGINAUX DE TOUTES LES DÉPENSES. Ces reçus ne vous seront pas retournés. Des copies sont suffisantes pour les besoins de l'impôt sur le revenu ou la coordination des prestations avec d'autres régimes collectifs. Une fois votre demande traitée, vous aurez accès à l'explication de vos garanties.

Renseignements sur le membre				
Nom		Prénom		Numéro de certificat
Adresse postale		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire	Adresse courriel	Date de naissance Mois Jour Année	

Renseignements sur le patient		
Le ou les patients ont-ils droit aux prestations au titre d'un autre régime?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Remarque : Les enfants à charge sont d'abord assurés par le parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier.</i>
Si Oui, veuillez conserver une photocopie de tous les reçus joints à cette demande pour soumission au deuxième régime. Si Ellement Consulting Group est le premier payeur, veuillez joindre tous les reçus et l'attestation de coassurance.		
Si Oui, date de naissance de la personne assurée :	Mois Jour Année	

Détails de la demande				
Nom du patient (nom, prénom)	Lien avec le membre	Date de naissance	Type de service	Total des frais
	<input type="checkbox"/> Membre <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	Mois Jour Année		
	<input type="checkbox"/> Membre <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	Mois Jour Année		
	<input type="checkbox"/> Membre <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	Mois Jour Année		
	<input type="checkbox"/> Membre <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	Mois Jour Année		

Autorisation et consentement	
<p>Par la présente, j'autorise les fournisseurs de soins de santé, l'administrateur de mon régime, mon employeur, les compagnies d'assurance, d'autres organisations ou les fournisseurs d'avantages sociaux qui travaillent avec Ellement Consulting Group à échanger de l'information, au besoin, dans le but de régler cette ou ces demandes, et d'administrer le régime collectif. Je consens à ce que les renseignements contenus dans cette demande soient divulgués à l'assureur/l'administrateur du régime, ou encore, à son représentant ou à son conseiller autorisé, dans le but de régler cette demande. Je comprends que les données recueillies demeureront strictement confidentielles et seront utilisées dans l'unique but d'évaluer la demande et d'administrer le régime d'avantages sociaux collectif. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont fidèles, exacts et complets et que chacune des dépenses indiquées ci-dessus concerne des soins médicaux que moi-même ou mes personnes à charge avons reçus. Je comprends que les frais indiqués dans cette demande pourraient ne pas être couverts par mes droits aux prestations ou qu'ils pourraient les excéder. Je comprends que je suis financièrement responsable envers le fournisseur de services pour la totalité des frais. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.</p>	
<div> <div></div> <div>Signature du membre (à l'encre)</div> </div>	<div> <div></div> <div>Date de signature</div> </div>