

# Demande de Règlement Pour Soins Médicaux

Tout demande de règlement doit être soumise dans les 6 mois suivant la date d'achat ou de service.

Il est nécessaire de fournir le numéro d'identification (**DIN**) pour chaque médicament. Votre pharmacien peut vous donner ce renseignement. Veuillez rassembler les reçus de chaque individu et agrafez-les à l'arrière de ce formulaire. Les reçus vous ne seront renvoyés. Votre relevé des prestations suffira pour les déclarations d'impôts et la coordination des prestations. **Le formulaire doit être rempli au complet sans quoi, il vous sera retourné.** Toute demande de prestation devrait être adressées à:

Poste: **MDM Insurance Services Inc. P.O. Box #970, Guelph, Ontario N1H 6N1**  
Courriel: **inquiry@mdm-insurance.com** Télécopie: **519-836-4909**

## MDM et la Protection de la Vie Privée

MDM Insurance Services Inc. s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons, conservons, et divulguons dans le cadre de nos activités d'affaires.

### Déclaration de l'employé (en lettres moulées)

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_  
Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse de l'employé \_\_\_\_\_

Nom du patient	Lien de parenté	Date de naissance A/M/J	S'il s'agit d'un enfant de plus de 19 ans						S'il est scolarisé, nom de l'établissement scolaire
			Étudiant		Salarié		Handicapé		
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

1. a. Votre conjoint participe-t-il à un régime collectif?  Oui  Non

b. Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_

c. Si vous avez un Compte Soins de Santé(CSS), les frais non-couverts par votre régime devraient-ils être remboursés par votre CSS, avant le régime de votre conjoint?  Oui  Non

**Si les frais visés par la présente demande sont pris également en charge par une autre assurance ou source, comme une loi visant les accident du travail ou l'employeur du conjoint, présentez-nous le relevé de la demande de règlement pour la partie des frais qui n'ont pas été remboursés.**

2. a. La présente demande présentée résulte-t-elle d'un accident au travail.  Oui  Non

b. Dans l'affirmative: Date de l'accident \_\_\_\_\_ Nom de la personne \_\_\_\_\_

c. L'accident s'est produit:  Au travail  Ailleurs Accident d'automobile:  Oui  Non

d. Détails: \_\_\_\_\_

J'atteste que les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et exacts et que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même ou par les personnes à ma charge. Il est entendu que des renseignements faux ou incomplets peuvent retarder la demande de règlement ou elle peut être refusée. J'autorise toute personne, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, et les compagnies d'assurance ayant des renseignements médicaux ou personnels sur moi et les membres de ma famille de divulguer ou échanger à MDM et ses représentants, les renseignements nécessaires pour évaluer la validité de cette demande ou pour déterminer l'admissibilité aux prestations, ou nécessaire à la gestion administrative. Je confirme que je suis autorisé d'agir au nom de mon conjoint et de les personnes à ma charge en ce qui concerne cette demande. Une reproduction de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Date \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_