MHCSI
Managed Health Care Services Inc.

Formulaire de réclamation au compte de dépenses de soins de santé

Renseignements sur le membre (en lettres moulées)

Numéro de groupe	Numéro de certificat	Nom de famille du membre	Prénom du membre	Employeur/promoteur du régime

Adresse domiciliaire/postale du membre (nº d'app.)	Ville	Province	Code postal

Nº de téléphone : ( )	Nº de téléphone (travail) : ( )

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS FAITES UNE RÉCLAMATION POUR VOS PERSONNES À CHARGE

Nom de la personne à charge (nom de famille, prénom)	Date de naissance (jour/mois/année)			Lien avec le(la) participant(e) au régime
				Conjoint(e) □ Fille □ Fils □ Autre □ (Spécifiez)
				Conjoint(e) □ Fille □ Fils □ Autre □ (Spécifiez)
				Conjoint(e) □ Fille □ Fils □ Autre □ (Spécifiez)

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets et que les frais susmentionnés se rapportent à des biens et services reçus par moi-même, mon(ma) conjoint(e) ou mes personnes à charge admissibles. Je déclare également que j'ai l'autorisation de divulguer et de recevoir des renseignements sur mon(ma) conjoint(e) ou mes personnes à charge aux fins de l'évaluation et du paiement d'une prestation, le cas échéant. J'autorise MHCSI, les professionnels de la santé, les assureurs, les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du gouvernement ou d'autres régimes, ainsi que les autres fournisseurs de services de MHCSI à échanger les renseignements nécessaires concernant la présente réclamation pour appliquer mon régime d'avantages sociaux.

Autorisation pour le compte de dépenses de soins de santé

Je souhaite que toute portion des frais non remboursés par mon régime d'assurance maladie ou dentaire complémentaire dans le cadre de la présente réclamation soit couverte par mon *compte de dépenses de soins de santé*.

J'atteste par la présente que les dépenses susmentionnées sont considérées comme admissibles par l'Agence du revenu du Canada et peuvent être couvertes par un *compte de dépenses de soins de santé*.

Signature _____ **Date** _____

DÉPENSES (Veuillez joindre les reçus originaux ou le relevé d'explication des prestations du payeur précédent et les lister ci-dessous.)

Nature des frais engagés	Date du bien ou service reçu (jour/mois/année)	Valeur de la réclamation	Somme acquittée	Somme portée au compte de dépenses de soins de santé
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$

Somme totale portée au compte de dépenses de soins de santé $.

1. Y a-t-il d'autres prestations ou services de santé fournis en vertu d'une autre assurance collective ou d'un autre régime de soins de santé, d'un régime d'indemnisation des accidents du travail ou d'un régime gouvernemental?

□ Oui □ Non

2. a) Si oui, indiquez la personne bénéficiant d'un autre régime : □ Moi-même □ Conjoint

Nom_____ Date de naissance ____/_____/_____ (jour/mois/année)

2. b) Veuillez indiquer le nom de l'autre compagnie d'assurance ou du régime d'assurance.

_____

Numéro de police _____

Numéro de certificat _____

Tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels. Voici les coordonnées pour transmettre vos réclamations ou demandes :

Managed Health Care Services Inc. (MHCSI)
1-535 rue Portland, Dartmouth NS B2Y 4B1
1-888-686-6427 (www.mhcsibenefits.ca)