



Vous pourriez payer moins si vous soumettez vos dépenses médicale et dentaire à tout autres assurances collectives et programmes de prévoyances. Par la suite, soumettez les prestations omises à votre compte de dépense médical. Veuillez cocher la boîte ci-dessous appropriée pour choisir la façon que vous voulez vos dépenses traitées.

Je soumet ces dépenses, en premier lieu, sous mon plan dentaire ou médical et je désire que toutes prestations omises soient payées sous mon Compte de Dépense Médical.

- Compléter un formulaire médicale ou dentaire standard de CDCS.
- Compléter toutes parties de se formulaire.
- Brocher tout reçu (s) original , rapports et formulaire de réclamation à se formulaire.
- Courrier à l'adresse applicable que vous trouver sur la formulaire detiare ou médicale standard de CDCS.

Je désire de ne pas soumettre mes dépenses à mon plan dentaire et médical de CDCS. Je désire que toutes mes dépenses soient payées de mon compte de dépense de santé.

- Compléter toutes les parties de se formulaire.
- Entourez or accentuez les dépenses et la quantité à payer à chaque reçu original ou rapport original.
- Brocher tout reçu (s) et rapports à se formulaire.

Nom du Patient (Prénom at nom de Famille)	Lien de Parenté avec l'Employé	Description des Dépenses	Praticien, dentiste ou nom du fournisseur	Date des visites Ou de l'achat			Montant à rembourser pour chaque dépense
				JJ	MM	AAAA	
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
	<input type="checkbox"/> individu <input type="checkbox"/> épouse <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre						\$
Total de toutes les dépenses incluant dentaire et médical							\$

Nom de l'employé _____ Adresse _____
Nom de Famille Prénom (en entier) rue/App.#/RR#

Date de naissance

 Sexe Femelle Mâle Ville _____ Province _____
Jour Mois Anné

N° de group

--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de Certificat

--	--	--	--	--	--	--	--

 Code Postal

--	--	--	--

 N° de téléphone _____

Je consens à ce que tous les renseignements demandés en ce qui concerne la présente demande de prestations soient divulgués à l'assureur ou à ses prestations et je certifie que les renseignements donnés sont, autant que je sache complets et exacts. Je déclare que les personnes à charge pour qui des dépenses sont soumises sont dépendant de moi pour l'entretien ou support comme exigé par les coutumes des Agences du Revenu du Canada ou l'acte d'imposition du Québec. J'autorise le dégageant, par n'importe quel fournisseur de santé, CDCS ou n'importe lequel de ses agents, de n'importe quelle information nécessaire pour l'administration de cette réclamation ou de mon plan de groupe. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'Employé

--

 Date

Jour Mois Anné

Poster à: CDCS HEALTH CLAIMS INC.
P.O. Box 156, Station "B"
Sudbury, ON P3E 4N5

