



DEMANDE DE RÈGLEMENT MÉDICAL / MEDICAL CLAIM FORM

Code d'utilisateur GPM / No. de certificat
GPM User ID / Certificate No.

Déclaration de l'employé - Employee's Statement

Section 1

Nom de l'employeur / Employer Name :		No. de client / No. de groupe Client N°. / Group N°. :	
Nom du participant Name of Participant			
Adresse / Address			
No.	Rue / Street	Ville / City	Province Code postal / Postal Code
Adresse de courriel / Email address			
Date de naissance (jj/mm/aa) Date of Birth (dd/mm/yy)	Avez-vous droit à des indemnités au titre d'autres assurances collectives? Are benefits provided for under any other group insurance plan?		<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
Nom de votre conjoint(e) / Spouse's Name	Date de naissance de votre conjoint(e) (jj/mm/aa) / Spouse's Date of Birth (dd/mm/yy)	Cette demande concerne-t-elle un enfant à charge de plus de 18 ans? / Is the claim for a dependent child over the age of 18? <input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No	

Section 2

Important :
Ce formulaire est utilisé par les employés pour toute soumission de demande de règlement au titre de remboursement médical. Le fait de fournir le formulaire ne crée aucun engagement de la part de l'employeur et de Groupe Premier Médical Inc.
This form is to be used by employees to claim medical reimbursement. By providing this form, my employer and Premier Medical Group Inc. are not admitting liability.

Instructions :

- Remplir la section 1 et signer - Déclaration de l'employé / Complete Section 1 - Employee's Statement;
- Inscrire toutes les renseignements dans la section 3 / Record receipt information in Section 3;
- Agrafer toutes les **factures originales** à la demande / Staple all **original receipts** to the claim form.

Section 3 – Pièces justificatives des frais / Itemized Receipts

Prénom / First Name	Lien de parenté avec l'employé(e) / Relationship to Employee	Date de naissance (jj/mm/aa) / Date of Birth (dd/mm/yy)	Nombre de reçus / No. of receipts

TOTAL de tous les frais faisant l'objet de la demande / Total amount of listed receipts : \$

Nombre de reçus correspondant au TOTAL des frais faisant l'objet de la demande / Number of receipts associated to total amount : Nbr / N°. :

J'atteste que les déclarations ci-dessus sont exactes et complètes. J'autorise les personnes physiques ou morales à échanger les renseignements qui sont nécessaires aux activités de gestion et au paiement des demandes de règlements : toute personne physique ou morale qui possède des renseignements personnels pertinents à mon sujet, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, les assureurs; et les personnes qui accomplissent des services pour le compte de Groupe Premier Médical inc.

I certify that the above statements are true and complete. I authorize the following to exchange information needed for administration or claims payment: any person or organization who has relevant personal information about me including medical practitioners and institutions; insurers and persons performing services for Premier Medical Group Inc.

Date (jj/mm/aa) Date (dd/mm/yy)	Signature de l'employé Employee's signature	Téléphone Telephone
------------------------------------	--	------------------------