



# DÉPENSE MÉDICALE SUPPLÉMENTAIRE

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE À:  
 BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED  
 38 Solutions Drive, Suite100  
 Ravine Centre Two  
 Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:  
 BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS. UTILISER PLUS D'UN FORMULAIRE SI NÉCESSAIRE.

Nom de la compagnie						N° du local		
Nom du membre				N° D'identification		Date de naissance		
						Jour    Mois    Année		
Adresse du membre						N° de téléphone		
N° et rue		Ville		Province		Code postal		
						(    )		
Depuis votre dernière demande de règlement, est-ce que ceci est un changement d'adresse?: OUI ( ) NON ( ). Si oui, s'il vous plaît, veuillez nous aviser de la date effective du changement d'adresse    JJ    MM    /    AA    _								
Avez-vous (ou la personne à votre charge a-t-elle) une autre assurance qui pourrait payer pour cette demande de règlement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							Les dépenses sont-elles reliées à un accident <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si «Oui», donner le nom de l'employeur et de la compagnie d'assurance _____							un dossier de la CAT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si la demande est faite pour un enfant à charge, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint ou de la conjointe    J/M/A    _____								
M E M B R E	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE			DATE DES FRAIS ENGAGÉS	MÉDICAMENTS: NOM OU DIN AUTRE: GENRE DE FRAIS	MONTANT IMPUTÉ
			J	M	A			
C O N J O I N T (E)								
E N F A N T C É L I B A T A I R E								

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Date    JJ    MM    AA

**LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS.**