

VEUILLEZ LIRE PREMIÈREMENT CE QUI SUIT...

Frais médicaux et personnels

Vous pouvez demander le remboursement des frais suivants:

- Médicaments sur ordonnance et en vente libre dont vous avez besoin pour traiter vos blessures;
- Bandages, pansement ou autres fournitures médicales dont vous avez besoin pour traiter vos blessures;
- Verres de prescription endommagés en raison de l'accident;
- Soins dentaires dont vous avez besoin pour traiter vos blessures.

Conseils relatifs à votre demande d'indemnisation et au remplissage du formulaire:

- Pour demander le remboursement des frais des médicaments sur ordonnance, joignez vos reçus originaux du Régime d'assurance-médicaments.
- Pour demander le remboursement des autres frais, joignez vos reçus originaux.
- Pour demander le remboursement des frais relatifs aux verres de prescription, indiquez les coûts de réparation ou de remplacement. *Conservez vos verres endommagés, car votre gestionnaire de cas voudra les examiner.*

“This form is available in English.”

N° de demande d'indemnisation:

Gestionnaire de cas:

Nom du demandeur:

Frais médicaux et personnels

Checklist

- Médicaments sur ordonnance: joignez vos reçus originaux du Régime d'assurance-médicaments.
 Autre frais: joignez vos reçus originaux.
 Ne demandez que le remboursement des frais liés à vos blessures.

ÉTAPE 1

Indiquez vos médicaments sur ordonnance et en vente libre.

Réservé au bureau	Date d'achat	Médicament	Pourquoi vous avez besoin du médicament	Nom de votre médecin	Coût du médicament
EXEMPLE	10 juin 2007	Tylenol n°3	Soulager des douleurs au bas du dos	D ^r Smith	13, 65\$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Total partiel (médicaments)					\$

ÉTAPE 2

Indiquez vos autres frais personnels (p. ex., lunettes, arcs dentaires, etc.).

Réservé au bureau	Date d'achat	Article	Nom du vendeur	Nom de la personne ayant payé les frais	Coût de l'article
EXEMPLE	10 juin 2007	Lunettes	Lunetterie XYZ	M. Ted Jones	150\$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Total partiel (autres frais personnels)					\$

ÉTAPE 3

Additionnez les totaux partiels
Total de la demande

\$

ÉTAPE 4

Datez et signez le formulaire. Nous ne pouvons pas vous rembourser sans signature et une date.
Tous les renseignements que j'ai indiqués sur le présent formulaire sont véridiques.

Signature

Date

Adresse courante:

Approbation du gestionnaire de cas	Commentaires du gestionnaire
Date	