

3- DEMANDE DE PRESTATIONS POUR FRAIS DE SERVICE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom du patient : _____ Âge : _____ Lien de parenté avec l'adhérent(e) : _____

Diagnostic ou nature de l'évaluation : _____

Description des traitements pratiqués : _____

Médications prescrites et durée du traitement : _____

Est-ce à la suite d'un accident de travail : oui : _____ Date _____ non

Est-ce à la suite d'un accident de véhicule à moteur : oui : _____ Date _____ non

MOIS	ANNÉE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	HONORAIRES DÉTAILLÉES		

Sceau du professionnel

_____ Total des honoraires : _____ \$
Nom de l'association

Signature du professionnel : _____ N° de tél. : _____ Numéro de permis : _____

4- DEMANDE DE PRESTATIONS POUR AUTRES FRAIS INCLUANT LES SOINS OCULAIRES S'IL Y A LIEU, SELON VOTRE CONTRAT

Veuillez indiquer ici les soins qui ne correspondent pas à la Section 1 ou 3 et détailler brièvement la raison justifiant les frais. S'il s'agit de soins oculaires, veuillez joindre une copie de votre prescription actuelle et de la précédente lorsque votre contrat prévoit le remboursement à la suite d'un changement de vision.

5- DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare que les renseignements donnés précédemment sont complets et véridiques. J'autorise toute personne concernée à révéler à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. tous les renseignements pertinents à cette demande de prestations.

Date : _____ Signature de l'adhérent(e) : _____ N° de tél. : _____