



Formulaire de réclamation

Veillez verser votre paiement à :
 Prestataire Titulaire de carte

Veillez retourner les formulaires dûment remplis, accompagnés de vos reçus, à l'adresse suivante :

Bureau de l'Ouest du Canada
 200 Quikcard Centre t 780.426.7526
 17010 103 Avenue f 780.424.7669
 Edmonton AB T5S 1K7 1.800.232.1997

Bureau de l'Est du Canada
 201 1600 Routes de Bedford t 902.492.2111
 Bedford, NS B4A 1E8 f 902.492.2112
 1.888.846.4484
 quikcard.com

Coordonnées du titulaire de la carte

N° de groupe _____ N° de carte _____

Nom de famille _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Coordonnées du patient (si autre que titulaire)

Nom _____

Date de naissance _____

Coordination des prestations - Ces prestations ou services de santé sont-ils couverts par un autre régime de groupe, le régime d'indemnisation des accidents du travail ou un régime gouvernemental ? Oui Non

Si oui - Ce régime couvre-t-il vous-même ou votre conjoint/e ?
 Vous Conjoint/e

S'il s'agit du/de la conjoint/e

Nom du/de la conjoint/e _____

Date de naissance du/de la conjoint/e _____

Nom de l'autre prestataire _____

N° de police _____ N° de certificat _____

Coordonnées du prestataire*

(à indiquer seulement si le paiement est à verser au prestataire)

_____ Signature

N° de confirmation _____

Nom _____

Type de médecin _____

N° de permis _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

*Doit être participant afin de recevoir le paiement directement de Quikcard. Visitez le www.quikcard.com pour plus de détails.

Coordonnées du titulaire de carte – veuillez remplir un formulaire séparé pour chaque patient

Date du service/de l'achat	Type de dépense	Nom du prestataire	Médecin émetteur de l'ordonnance	Montant réclamé

Approbation HSA

Déclaration HSA:

En cochant la case en regard de l'élément réclamé, je consens à ce que toute partie dudit élément réclamé non couverte par mon régime de prestations de santé soit remboursée à même mon compte de dépenses médicales.

_____ Signature

Attestation et consentement

- Quikcard n'émet aucune garantie quant à l'admissibilité d'une réclamation en tant que dépense médicale aux termes du para graphe 118.2(2) de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). En outre, Quikcard ne saurait être tenue responsable par le groupe ou par toute personne couverte par le régime au cas où une réclamation s'avérerait non admissible pour le remboursement d'une dépense médicale, que ladite réclamation ait été payée ou non par Quikcard. Vous pouvez obtenir un exemple de dépense médicale en visitant le site www.quikcard.com ou en prenant contact avec une de nos succursales.
- J'atteste qu'à ma connaissance, l'information indiquée dans ce formulaire est vraie, correcte et complète. Je donne mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation par Quikcard Solutions Inc. de mes renseignements personnels et de ceux de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge aux fins d'administration de ce régime de prestations de santé, ce qui implique la vérification, l'évaluation, le remboursement et la contre-vérification de la présente réclamation afin d'optimiser les services dispensés en vertu dudit régime de prestations de santé.

Je donne mon autorisation à toute personne ou organisation détenant lesdits renseignements personnels, y compris tout professionnel ou prestataire des soins de santé, organisme provincial de réglementation ou administrateurs de tout autre régime de prestations de santé, de recueillir, d'utiliser et de divulguer lesdits renseignements personnels en vue de les partager entre eux et avec Quikcard Solutions Inc. à des fins précitées. Je déclare solennellement que je suis autorisé à divulguer et à recevoir les renseignements personnels de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge à des fins précitées. J'ai pris connaissance que votre Politique de protection de la vie privée est mise à ma disposition sur le site www.quikcard.com ou à l'aide d'une demande écrite à Quikcard Solutions Inc. Je consens en outre qu'une photocopie ou une version électronique du présent formulaire d'attestation et de consentement sont valables sur le plan juridique.

_____ Signature du titulaire de la carte

_____ Date