



Innovative Benefits Solutions

Forme De Réclamation De Vision

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

Payable au:

Fournisseur Détenteur De Carte

Renseignements au Sujet du Patient

N° de carte Quikcard _____

Nom _____

Date de Naissance (J/M/A) _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code Postal _____

Renseignements au Sujet du Fournisseur

N° d'identification _____

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code Postal _____

Date de Service	Procédures	Honoraires
	100 Examen	
	110 Verres	
	120 Contacts	
	130 Les Besoins Cliniques	
	140 Suppléments Optiques	
	150 Bas Services De Vision	
	160 Autre	

La présente est une description exacte de soins fournis ou à fournir et des honoraires s'y rapportant.

Signature de fournisseur

J'atteste que toutes les déclarations sont exactes et complètes au mieux de ma connaissance et de ma croyance. Je comprends qu'il se puisse que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Je comprends que je suis responsable envers mon fournisseur de soins pour ses honoraires.

Signature (de Détenteur de Carte) patient



N° Du Confirmation
