



**DEMANDE DE RÈGLEMENT
ASSURANCE SOINS MÉDICAUX
COMPLÉMENTAIRES ET ASSURANCE
MÉDICAMENTS**

NexgenRx Inc.
145 West Mall
PO Box 110 U
Toronto (Ontario) M8Z 5M4

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME ET LE PARTICIPANT Votre numéro de contrat/régime et votre numéro de certificat figurent sur votre carte d'identification NexgenRx.	N° du contrat collectif	N° du certificat	Promoteur du régime/Employeur
	Participant/Employé (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
	Adresse		Ville
	Province		Code postal

Les frais sont-ils remboursables par un régime d'indemnisation des travailleurs ? OUI NON

Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande ? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez conserver copie de tous les reçus joints au présent formulaire et présenter une demande au deuxième assureur. S'il s'agit de votre première demande ou s'il y a eu des changements depuis votre dernière demande, veuillez fournir les renseignements suivants.

Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa)	Administrateur du régime d'assurance du conjoint	N° du régime/contrat du conjoint	N° de certificat du conjoint
Voulez-vous le solde impayé de cette demande remboursée à partir des votre compte de dépenses de soins de santé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT À remplir pour tous les frais engagés. Veuillez utiliser une ligne par assuré pour lequel le remboursement des frais est demandé.	Nom du patient	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien avec le participant	Établissement scolaire et ville (si le patient est un étudiant couvert par l'assurance)

SECTION 3
MÉDICAMENTS

- Veuillez joindre les **reçus originaux des médicaments d'ordonnance**, au verso du présent formulaire.
- Le code DIN et le nom du médicament doivent figurer sur tous les reçus.
- Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur le présent formulaire.

