



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

NexgenRx Inc.
145 The West Mall
C.P. 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'identité NexgenRX	N° du contrat collectif	N° du certificat	Promoteur du régime/Employeur
	Participant/Employé (prénom, initiales, nom)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
	Adresse		Ville
	Province		Code postal

Les frais sont-ils admissibles à une compensation suite à un accident de travail? OUI NON

Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge êtes couverts en vertu d'un autre régime pour les frais faisant l'objet de cette 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 PORTER LE SOLDE IMPAYÉ DE CETTE DEMANDE À VOTRE COMPTE DE GESTION DE DÉPENSES DE SANTÉ (SI VOUS ÊTES ADMISSIBLE)?			<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 le régime)

**SECTION 3
MÉDICAMENTS**

- Veuillez brocher les **reçus originaux d'ordonnance** au verso du présent formulaire.
- Le code d'identification numérique de la drogue (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.



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

**SECTION 4
SERVICES
PARAMÉDICAUX**

Dans le cas des services paramédicaux, veuillez joindre un **relevé détaillé** et/ou un reçu émis par le praticien, sur lequel figurent les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Nom du praticien
- Type de praticien
- Date du service
- Durée de la visite
- Coût du traitement
- Date du dernier règlement couvert par le régime provincial (s'il y a lieu)
- Numéro de permis ou d'agrément du praticien

S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (thérapie individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.
Le patient a-t-il été aiguillé par un médecin?

OUI NON

**SECTION 5
MATÉRIEL ET
APPAREILS
MÉDICAUX**

Dans le cas de matériel et appareils médicaux, veuillez joindre la recommandation écrite du médecin ayant prescrit le matériel, sur laquelle figure le diagnostic, et une copie du relevé de prestations du régime provincial. Durée d'utilisation du matériel. Du (jj/mm/aaaa) au (jj/mm/aaaa)

Le matériel a-t-il été retourné?

OUI NON

**SECTION 6
SOINS DE LA
VUE**

Dans le cas d'**examens de la vue et de verres correcteurs**, veuillez joindre le reçu.
Dans le cas de **lentilles cornéennes**, veuillez joindre le reçu et demander au fournisseur de remplir et de signer la section qui suit.

Les lentilles cornéennes sont-elles prescrites en raison d'astigmatisme grave de la cornée, de kératocône ou d'aphakie?

OUI NON

L'acuité visuelle peut-elle être améliorée d'au moins deux lignes sur l'échelle de Snellen?

OUI NON

Au-delà de la meilleure vision rendue possible par le port de lunettes?

OUI NON

L'acuité visuelle peut-elle être ramenée à au moins 20/40 au moyen de lunettes?

OUI NON

SIGNATURE DU FOURNISSEUR	DATE SIGNÉE (JJ/MM/AAAA)
--------------------------	-----------------------------

**SECTION 7
CONFIRMATION DE LA
DEMANDE**
*NOTA – Joignez les REÇUS
ORIGINAUX pour tous les
frais engagés*

En signant ci-dessous, vous certifiez que la présente demande de remboursement est légitime, que tous les renseignements fournis sont véridiques et complets et, si la demande porte sur votre conjoint ou sur les personnes à votre charge, que vous êtes autorisé à divulguer les renseignements personnels à leur sujet, au titre de la présente demande. Vous nous autorisez également à demander des renseignements relatifs à la présente demande et à les échanger avec toute personne détenant des renseignements pertinents, notamment les professionnels de la santé, le personnel de toute autre compagnie d'assurance, les analystes des demandes de règlement et les administrateurs de tout régime ou programme d'assurance public ou privé

**Total des frais faisant l'objet de la
demande :**

\$

SIGNATURE DU PARTICIPANT	DATE (jj/mm/aaaa)
--------------------------	-------------------

NexgenRX reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Vos renseignements personnels ainsi que ceux de votre conjoint et des personnes à votre charge (s'il y a lieu) ne seront recueillis et utilisés que par les membres du personnel de NexgenRx et ne seront divulgués qu'à ces derniers, aux seules fins de l'évaluation des demandes présentées par ces personnes ou en leur nom, ainsi que de l'administration du régime au titre duquel la demande est présentée, ou encore pour des motifs connexes, conformément à la politique de confidentialité de NexgenRx, accessible sur notre site Web à www.nexgenrx.com. Vous pouvez obtenir une copie imprimée de cette politique en communiquant avec nous par écrit au 145, West Mall, C.P. 110 U, Toronto, Ontario M8Z 5M4, aux soins du Chef de la protection des renseignements personnels. Votre demande de règlement pourrait être refusée et votre couverture pourrait être annulée si vous fournissez des renseignements inexacts, incomplets ou trompeurs, et nous pourrions échanger des renseignements avec votre promoteur de régime sans autre préavis. Toutes sommes ou trop-payés dus conformément aux dispositions du régime collectif doivent être remboursés. NexgenRx pourrait déduire ces sommes du paiement de demandes de règlement ultérieures ou exercer d'autres recours jugés nécessaires.