



10009 108 Street NW, Edmonton, Alberta T5J 3C5

RÉCLAMATION POUR SERVICES DE SANTÉ

*Toutes les sections doivent être remplies pour que nous puissions traiter votre demande. Ceci comprend Autre couverture.

Renseignements du membre* (Consultez votre carte d'identification)

| | | | | | | |
|--|---------|---|-------|---------|---|-------------|
| Police de groupe | Section | Nom de famille | | Prénoms | Numéro de téléphone (durant les heures ouvrables) | |
| Adresse postale du membre | | | Ville | | Province | Code postal |
| L'adresse postale a-t-elle changé depuis la dernière réclamation faite sous cette même couverture? | | Si la réponse est oui, le membre (au nom de qui la couverture est enregistrée) doit confirmer que l'adresse a changé. | | | Confirmation du membre (veuillez signer) | |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | | | | | |

Remplir pour le membre et toutes les personnes pour lesquelles une réclamation est faite dans ce formulaire*

| | | | | |
|---------------------|-------------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Lien avec le membre | Numéro d'ID | Prénoms | Nom de famille (s'il est différent) | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) |
| Lui ou elle-même | | | | |
| Conjoint | | | | |
| Dépendant | | | | |
| Dépendant | | | | |
| Dépendant | | | | |

Autre couverture*

Vous ou vos dépendants êtes-vous admissibles à des prestations similaires d'une autre compagnie d'assurances, d'une société de prestations de santé ou du régime Alberta Blue Cross?

Non Oui

Si la réponse est oui, veuillez remplir ce qui suit (nom de la compagnie d'assurances ou société de prestations de santé. Dans le cas du régime Alberta Blue Cross, nom de l'employeur)

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Nom du membre | | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) |
| Numéro d'ID de la police ou groupe, section, et numéro d'ID Alberta Blue Cross | | Date d'entrée en vigueur (AAAA-MM-JJ) |
| | | Date de résiliation (AAAA-MM-JJ) |

Reconnaissance et consentement*

En soumettant cette demande de règlement pour services de santé pour traitement et paiement par Alberta Blue Cross, vous consentez et acceptez ce qui suit:

1. Les services identifiés ont été reçus et payés dans leur totalité avant la date de cette réclamation.
2. Tous les renseignements dans cette réclamation et leurs documents justificatifs sont complets et véridiques.
3. Vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à conserver et à communiquer les renseignements personnels pertinents à la présente demande de règlement afin de déterminer l'admissibilité à la couverture, à l'évaluation, au paiement des demandes de règlement, à la vérification, à l'enquête, à la souscription, à l'administration et à la gestion des demandes de règlement.
4. Vous reconnaissiez et acceptez que vos renseignements personnels, ou ceux de votre conjoint et des personnes à votre charge, ne peuvent être recueillis et communiqués à un tiers (professionnel de la santé, praticien, assureur ou agent officiel) que si cela est nécessaire aux fins énoncées ci-dessus.
5. Vous confirmez que vous êtes autorisé par votre conjoint et les personnes à votre charge à consentir à cette autorisation en leur nom.
6. Vous comprenez que vous pouvez révoquer ce consentement en tout temps par écrit; toutefois, si le consentement est refusé ou si la couverture est révoquée, elle peut être refusée ou annulée.
7. Vous comprenez pourquoi on vous a demandé de divulguer ces renseignements et vous connaissez les risques et les avantages du consentement ou du refus de consentement.
8. Si l'y a trop-payé, vous autorisez le recouvrement du plein montant du trop-payé sur tout montant qui vous est payable en vertu de votre ou de vos régimes de prestations.
9. Vous confirmez qu'aux fins de vérification ou de vérification des demandes de règlement payées, vous, votre conjoint et les personnes à votre charge coopérerez pleinement avec Alberta Blue Cross.
10. Vous comprenez que Alberta Blue Cross se fie à cet accusé de réception et à ce consentement signés pour vérifier les demandes payées.
11. Vous convenez que ce consentement prendra effet à la date indiquée ci-dessous et qu'il sera valide pour la durée de la couverture en vigueur.

| | | |
|-----------------------------------|-------------------|--|
| Signature du membre (obligatoire) | Date (AAAA-MM-JJ) | Signature du patient/demandeur (ou du parent/tuteur) |
|-----------------------------------|-------------------|--|

REMARQUE: Ce consentement est obtenu conformément aux Health Information Act et Personal Information Act de l'Alberta et à la Loi fédérale sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. « Je/nous » identifie la ou les personnes qui signent ou soumettent ce formulaire.

Veuillez vous assurer de remplir la section Réclamation à la page suivante ➔

Renseignements de la réclamation* (veuillez suivre les instructions; voir au verso)

| | Date du service (AAAA-MM-JJ) | Description du service ou numéro d'ordonnance | N.I.D. (ordonnances seulement) | Montant réclamé |
|----|---------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |

Inscrivez le montant total de la réclamation \$

**ENVOYEZ CETTE RÉCLAMATION AVEC LES ORIGINAUX DE VOS REÇUS À
ALBERTA BLUE CROSS, HEALTH SERVICES, 10009 108 STREET NW, EDMONTON AB T5J 3C5**

Reçus (REMARQUE: Les reçus et factures dont les renseignements sont incomplets seront rejettés)

Joignez les originaux des reçus payés pour chaque dépense réclamée et **conservez des copies pour vos dossiers, car ces reçus ne vous seront pas retournés.**

Si vous avez réclamé ces dépenses dans le cadre d'un autre régime, vous **devez** joindre à cette réclamation l'original de l'Explication des prestations (voir l'explication) de cet autre régime et des **copies** des reçus. Tous les originaux des reçus doivent indiquer ce qui suit : prénoms et nom de famille de la personne qui a reçu le service, date ou dates auxquelles les services ont été reçus, le service ou le produit acheté, le nom et l'adresse du fournisseur du service et le montant facturé et payé.

Autre couverture

La coordination des prestations est une pratique courante parmi les fournisseurs de prestations au Canada. La coordination des prestations permet aux personnes qui ont plusieurs régimes de maximiser leur couverture.

Si vous réclamez des dépenses pour votre conjoint et que ce dernier est couvert pour ces mêmes dépenses dans le cadre d'un autre régime de prestations de santé, vous devez commencer par soumettre la réclamation au régime du conjoint. Si votre conjoint et vous avez tous les deux une couverture de prestations de santé, vos enfants doivent réclamer dans le cadre du régime du parent dont la date de naissance (jour et mois) tomber le plus tôt dans l'année civile. Par exemple, si vous êtes né le 1er mai et votre conjoint le 5 juin, vos enfants doivent réclamer dans le cadre de votre régime en premier.

Explication des prestations et du paiement des réclamations

Un relevé d'Explication des prestations, indiquant la façon dont cette réclamation a été évaluée, sera envoyé au membre à des fins fiscales ou pour réclamations dans le cadre d'une autre couverture. Si vous recevez un remboursement, un chèque accompagnera le relevé. Si votre réclamation est complète et comporte tous les reçus et documents nécessaires, l'Explication des prestations (et le chèque s'il y a lieu) sera envoyée par la poste environ deux semaines après la réception de la réclamation par nous.

Vous pouvez consulter votre relevé de réclamation en ligne en vous connectant à notre site membre à ab.bluecross.ca.

| | |
|----------------|--------------|
| EDMONTON | 780-498-8000 |
| CALGARY | 403-234-9666 |
| GRANDE PRAIRIE | 780-532-3505 |
| LETHBRIDGE | 403-328-1785 |
| MEDICINE HAT | 403-529-5553 |
| RED DEER | 403-343-7009 |

**Appel sans frais depuis un secteur situé
à l'extérieur de ces grands centres**

1-800-661-6995

Des questions sur la confidentialité?appelez le 1-855-498-7302, communiquez avec nous par notre site web ou écrivez à Privacy Matters, à l'adresse qui apparaît dans ce formulaire. Visitez notre site web à ab.bluecross.ca.

POSTEZ VOTRE RÉCLAMATION À
Alberta Blue Cross Health Services
10009 108 Street NW, Edmonton, AB T5J 3C5