

Formulaire de remboursement de soins paramédicaux

Votre demande de remboursement concerne :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Acupuncture | ☐ Naturopathie | ☐ Psychologie clinique |
| ☐ Podiatrie | ☐ Ostéopathie | ☐ Massothérapie |
| ☐ Chiropratique | ☐ Physiothérapie | ☐ Orthèses / chaussures orthopédiques |
| ☐ Orthophonie | ☐ Bas de contention | |

Informations sur l'employé(e)

Nom complet : _____ Courriel : _____

Téléphone : (_____) _____ Date de naissance (yyyy/mm/dd): _____

Adresse : _____ Genre : _____

Entreprise : _____ Numéro de police _____

Numéro de certificat : _____

Si la demande concerne un dépendant :

Nom complet: _____ Date de naissance yyyy/mm/dd) : _____

Numéro de certificat: _____

Détails de la demande de remboursement (Veuillez joindre les originaux de vos justificatifs de soins)

Date	Prestations	Coût

Une demande de pré-approbation a-t-elle été soumise pour cette réclamation ? ☐ Oui ☐ Non

**Veuillez adresser votre formulaire ainsi que les originaux de vos
justificatifs de soins à l'adresse suivante :**

Paramedical Claims
500-150 Ferrand Drive · Toronto · ON · M3C 3E5 Fax:
416-863-5157
claims@beneplan.ca