



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 780.425.1625
Edmonton AB T5S 1K7 1.800.232.1997
quikcard.com

Payable au: Fournisseur Détenteur De Carte

Renseignements au Sujet du titulaire de la carte

N° du Régime _____ N° de carte _____

Nom _____ Date de Naissance (J/M/A) _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Renseignements au Sujet du Patient (So vous n'êtes pas le titulaire de carte)

Nom _____ Date de Naissance (J/M/A) _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Renseignements au Sujet du Fournisseur (Requis seulement si le paiement va directement aux fournisseur/prestataire)

N° d'identification _____

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

*Il faut que vous êtes registrar pour que Quikcard peut te renvoyer le paiement directement.

Signature _____
Signature du fournisseur ou du bureau désigné Date

Date de Service	Procédures	Honoraires
	100 Examen	
	110 Verres	
	120 Contacts	
	150 Bas Services De Vision	
	160 Autre	

Attestation et consentement

Quikcard n'émet aucune garantie quant à l'admissibilité d'une réclamation en tant que dépense médicale aux termes du paragraphe 118.2(2) de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). En outre, Quikcard ne saurait être tenue responsable par le groupe ou par toute personne couverte par le régime au cas où une réclamation s'avérerait non admissible pour le remboursement d'une dépense médicale, que ladite réclamation ait été payée ou non par Quikcard. Vous pouvez obtenir un exemple de dépense médicale en visitant le site www.quikcard.com ou en prenant contact avec une de nos succursales.

J'atteste qu'à ma connaissance, l'information indiquée dans ce formulaire est vraie, correcte et complète. Je donne mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation par Quikcard Solutions Inc. de mes renseignements personnels et de ceux de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge aux fins d'administration de ce régime de prestations de santé, ce qui implique la vérification, l'évaluation, le remboursement

et la contre-vérification de la présente réclamation afin d'optimiser les services dispensés en vertu dudit régime de prestations de santé. Je donne mon autorisation à toute personne ou organisation détenant lesdits renseignements personnels, y compris tout professionnel ou prestataire des soins de santé, organisme provincial de réglementation ou administrateurs de tout autre régime de prestations de santé, de recueillir, d'utiliser et de divulguer lesdits renseignements personnels en vue de les partager entre eux et avec Quikcard Solutions Inc. à des fins précitées. Je déclare solennellement que je suis autorisé à divulguer et à recevoir les renseignements personnels de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge à des fins précitées. J'ai pris connaissance que votre Politique de protection de la vie privée est mise à ma disposition sur le site www.quikcard.com ou à l'aide d'une demande écrite à Quikcard Solutions Inc. Je consens en outre qu'une photocopie ou une version électronique du présent formulaire d'attestation et de consentement sont valables sur le plan juridique.

SERVICES ESTHÉTIQUES: Je certifie que les services déclarer sur ce formulaire sont pour raisons de santé et non pour raisons esthétiques.

Oui Non (Vous devriez remplir une boîte pour que le formulaire soit traiter.)



Signature _____ Date