CROIX BLEUE MEDAVIE | MEDAVIE BLUE CROSS

C.P. 3300, Succursale « B » Montreal QC H3B 4Y5 Télécopieur: (514) 286-8480
PO Box 3300, Station B, Montreal H3B 4Y5 Fax: (514) 286-8480

Université Concordia University

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR FRAIS MÉDICAUX
MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM

Nom du patient - *Patient's name*	Date de naissance - *Date of Birth*	N° de groupe - *Group No.*	N° de l'étudiant - *Student ID*

Nom du souscripteur *Subscriber's name*		DIAGNOSTIC - *DIAGNOSIS*
Adresse *Address*	Ville *City*	
Province *Province*	Code postal *Postal code*	

NATURE DES SOINS - *NATURE OF SERVICES*	Code de service *Service Code*	Honoraires *Fees*	Jour *Day*	Mois *Month*	Année *Year*

Nom, adresse et spécialité du professionnel de la santé
Name, address and specialty of the health professional

N° de télécopieur - Fax number : _____

Signature : _____

Date : _____

Par les présentes, je cede les prestations auxquelles j'ai droit, en vertu de la présente demande au fournisseur des services identifie ici, et j'autorise Croix Bleue Assurance collective a le payer directement.

I hereby assign my benefits payable from this claim to the herein named provider of services and authorize Blue Cross Group Benefits to pay the said provider directly.

_____ Signature du souscripteur - *Subscriber's Signature*

MD MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.
®™ The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans and are used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.