

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION – FRAIS MÉDICAUX



**FONDS DE SECOURS
MALADIE-ACCIDENT**
Syndicat des fonctionnaires
municipaux de Montréal (SCFP)
8790, avenue du Parc
Montréal (Québec) H2N 1Y6
Téléphone : 514 842-2442

Pour une année de réclamation du **1^{er} janvier au 31 décembre**, la date **limite** de réception est le **1^{er} mars** suivant, soit 60 jours après la fin de l'exercice financier.

Ne produire que l'original des factures.

TITULAIRE

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Domicile : _____ Travail : _____

Matricule : _____ N° de certificat : _____

Statut : Auxiliaire Permanent Retraité

Plan : Individuel Monoparental Familial

Montant total des frais médicaux : _____ \$

Vous-même ou votre conjoint, contribuez-vous à une autre assurance pour frais médicaux? Oui Non Pour frais dentaires? Oui Non

Dans l'affirmative, la participation est : Familiale Monoparentale Individuelle

Nom de la compagnie d'assurance : _____ Numéro de Police : _____

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LES DÉCLARATIONS FAITES DANS CETTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT SONT VÉRIDIQUES ET DE BONNE FOI ET NE REPRÉSENTENT AUCUNE RÉPÉTITION DE FRAIS ANTÉRIEUREMENT SOUMIS. J'AUTORISE LE MÉDECIN, LE PHARMACIEN ET L'HÔPITAL À FOURNIR AU COMITÉ DU FONDS DE SECOURS MALADIE-ACCIDENT OU À SES REPRÉSENTANTS, TOUS LES RENSEIGNEMENTS SE RAPPORTANT À LA PRÉSENTE RÉCLAMATION.

SIGNATURE DU MEMBRE

DATE