

Autorisation de paiement et couverture d'assurance

Ce formulaire doit être rempli par le client ou la cliente une fois le travail complété. Pour que nous puissions faire le paiement, ce formulaire doit être envoyé à l'Association des Amputés de guerre avec votre facture.

Statut d'assurance

Avez-vous une assurance maladie complémentaire? (p. ex. par l'intermédiaire de votre employeur, de votre conjoint, d'un membre de votre famille, etc.). Si oui, veuillez indiquer le nom de votre compagnie d'assurance. Oui Non

Les membres artificiels sont-ils couverts par ce régime? (p. ex. accessoires, réparations, composants, appareillage complet, etc.) Si oui, veuillez décrire la couverture relative aux membres artificiels offerte par votre régime. *Note : Votre administrateur de régime devrait pouvoir vous fournir cette information.* Oui Non

Cette facture a-t-elle été soumise à une compagnie d'assurance? Si non, écrivez la raison. Oui Non

Une copie de la déclaration ou de la lettre de refus de votre compagnie d'assurance doit accompagner la facture envoyée à l'Association des Amputés de guerre. Ce document doit préciser le montant approuvé ou refusé.

Il est de votre responsabilité d'aviser votre centre prothétique si votre couverture d'assurance change.

Autorisation de paiement

Le travail, tel que décrit sur la facture n° _____, a été complété à ma satisfaction au moment de la réception. Si des ajustements sont nécessaires par la suite, il est de ma responsabilité de communiquer avec mon centre prothétique et d'en aviser l'Association des Amputés de guerre afin de m'assurer que cette dernière ne paie pas pour des services non satisfaisants.

En signant ce formulaire, j'affirme que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Nom du client : _____ Date : _____

Signature du client : _____

Note : Les Vainqueurs âgés de 18 ans et plus doivent signer eux-mêmes leur formulaire.