

### SECTION 1 - INFORMATION DE L'ADHÉRENT

N° XY police CSS GFA		
Nom	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Courriel		

### SECTION 2 - DÉCLARATION

Je déclare que les frais annexés ont été engagés pour :  Moi-même  Conjoint  Enfant(s)  
(Cochez toutes les cases applicables)

### SECTION 3 - À REMPLIR S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR VOTRE CONJOINT OU VOTRE(VOS) ENFANT(S)

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe	Lien de parenté
			F M	Conjoint Enfant *
			F M	Conjoint Enfant *
			F M	Conjoint Enfant *
			F M	Conjoint Enfant *
			F M	Conjoint Enfant *

\* Nous allons nous fier à l'admissibilité de votre enfant à votre contrat d'assurance collective pour déterminer son admissibilité au compte de soins de santé.

### SECTION 4 : AUTORISATION

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par GFA pour l'administration de mes prestations et pourraient être échangés avec d'autres parties aux strictes fins du règlement de la présente demande. Je suis autorisé(e) par mon conjoint et/ou mes personnes à charge visées par cette demande à divulguer et recevoir de l'information à leur sujet.

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IMPORTANT

- Envoyez les originaux de vos factures et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux vous seront retournés.
- Si votre demande concerne des services professionnels (chiropraticien, physiothérapeute, etc.), assurez-vous que le reçu indique le nom du patient, la date, la nature et les frais de chaque traitement, le nom du professionnel, son association ainsi que son numéro de permis.
- Assurez-vous de regrouper vos factures par personne.