

# Formulaire de cession des prestations

Directives : Le présent formulaire doit être rempli lorsque les prestations sont cédées au fournisseur. Veuillez le conserver dans le dossier du patient à des fins de vérification pendant deux ans à compter de la fermeture du dossier du patient.

**Fournisseur** : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville/Province : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Patient** : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville/Province : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
N° de régime : \_\_\_\_\_  
N° de certificat / de participant : \_\_\_\_\_

Par la présente, je cède les prestations qui sont payables au titre des demandes de règlement admissibles au fournisseur responsable de présenter mes demandes de règlement par voie électronique dans le cadre du régime de garanties collectives et j'accepte que l'assureur/le gestionnaire de régime lui verse directement les prestations. Je sais que, si ma ou mes demandes de règlement sont refusées par l'assureur/le gestionnaire de régime, il m'incombera de payer le fournisseur pour les services reçus et/ou les articles fournis.

Je reconnais et je conviens que l'assureur/le gestionnaire de régime n'est pas tenu d'accepter la présente cession, que tous les paiements de prestations effectués conformément à la présente cession dégageront l'assureur/le gestionnaire de régime de ses obligations à l'égard de ces paiements et que l'assureur/le gestionnaire de régime sera également dégagé de ses obligations si les prestations me sont versées à moi.

Il est entendu que la présente cession s'appliquera à toutes les demandes de règlement admissibles présentées par voie électronique par le fournisseur et que je peux la révoquer en tout temps en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur/au gestionnaire de régime.

Si j'ai la qualité de conjoint du participant, ou de personne à sa charge, j'atteste que le participant m'a autorisé à signer le formulaire en vue de la cession des prestations au fournisseur.

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_

Signature

Écrire le nom en caractères d'imprimerie :