

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?
Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.
Vous pouvez faire vos demandes de prestation dans votre Espace client.
Connectez-vous sur lacapitale.com.

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance

N° de groupe	N° d'identification
--------------	---------------------

ou

N° de police

Nom	Prénom
-----	--------

Cochez toutes les cases appropriées

Cette demande de prestation vise : adhérent conjoint(e) enfant(s)

Remplir cette section seulement si vos coordonnées ont changé

NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT		
N°, rue	Appartement	
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (cellulaire)

IMPORTANT

- ➔ Veuillez joindre vos **reçus originaux** à ce formulaire et les retourner à l'adresse indiquée en haut du formulaire.
- ➔ Conservez des copies de vos reçus, car les originaux **ne vous sont pas retournés**.
- ➔ Vous devez soumettre votre demande de prestation **au plus tard 12 mois après la date** à laquelle les frais ont été engagés et les services rendus.
- ➔ Pour accélérer le traitement de votre demande, il est nécessaire de nous fournir **tous les renseignements demandés**.

Les frais réclamés avec cette demande de prestation résultent-ils :

- d'un **accident de travail** ? Oui Non
- d'un **accident d'automobile** (comme défini par la SAAQ) ? Oui Non

Si oui, vous devez **d'abord** présenter votre demande de prestation à la **CSST** ou à la **SAAQ**.

Nom de la personne accidentée

Date de l'accident (AAAA/MM/JJ)

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir cette section si vous réclamez pour une personne à charge

Conjoint/
conjointe

Nom

Prénom

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Enfants à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de prestation pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

La Capitale assureur de l'administration publique inc. se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

3. FRAIS RÉCLAMÉS

Veuillez consulter votre brochure afin de connaître les frais admissibles. Joindre les originaux de vos reçus.

	Frais de médicaments	Autres frais	TOTAL
Montant total de vos reçus	\$	\$	\$

4. COORDINATION DES PRESTATIONS – Remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur

Comment faire une demande de prestation lorsqu'il y a deux assureurs :

- votre conjoint ou conjointe doit d'abord présenter sa demande de prestation à son assureur et fournir ensuite à La Capitale assureur de l'administration publique inc. le détail des prestations versées ainsi que les photocopies des reçus ;
- dans le cas d'une demande de prestation pour un enfant à charge, elle doit être envoyée à l'assureur du parent dont l'anniversaire est le plus tôt durant l'année.

Type de protection : individuelle couple monoparentale familiale

Nom de l'assureur

Date de début de l'assurance (AAAA/MM/JJ)

5. COMPTE SANTÉ – Remplir cette section si cette protection est indiquée sur votre carte de services

Désirez-vous que la partie non remboursée des frais engagés soit reportée à votre compte santé ? Oui Non

6. DÉPÔT DIRECT – Remplir cette section si vous désirez vous inscrire ou modifier votre compte

La Capitale assureur de l'administration publique inc. privilégie le remboursement des frais par dépôt direct. C'est un **moyen sûr, simple et rapide** de recevoir vos prestations **sans intermédiaire**. Pour vous inscrire ou modifier votre compte, **veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « annulé » ou tout autre document acceptable.**

- J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations de soins de santé dans mon compte bancaire figurant sur le document ci-joint.
- Modification au compte de dépôt direct, si déjà inscrit.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)

7. DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

- Je déclare que les renseignements compris dans cette demande sont complets et véridiques. J'autorise toute personne visée par cette demande à révéler à La Capitale assureur de l'administration publique inc. tout renseignement pertinent.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)