

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 1

(Détachable)

PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL AU 30 JUIN

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

INCLURE : Vos factures originales, votre relevé d'assurance et le présent formulaire.

**Remboursements – Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5**

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 2
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{ER} JUILLET AU 30 SEPTEMBRE

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

INCLURE : Vos factures originales, votre relevé d'assurance et le présent formulaire.

Remboursements –Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 3
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{er} OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

INCLURE : Vos factures originales, votre relevé d'assurance et le présent formulaire.

Remboursements –Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION 4
(Détachable)
PÉRIODE DU 1^{ER} JANVIER AU 31 MARS

Nom du patient : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à qui doit être fait le chèque :

Adresse courriel : _____

Adresse d'envoi du chèque : _____

Nombre de factures incluses avec le présent envoi : _____

Montant total réclamé (si possible) : _____ \$

Commentaires ou explications :

INCLURE : Vos factures originales, votre relevé d'assurance et le présent formulaire.

Remboursements –Assurances
Programme Ministériel d'alimentation entérale
3175, Ch. De la Côte Sainte-Catherine
Étage C Bloc 8
Montréal, Québec
H3T 1C5