

Assignment of Benefits / Cession de prestations

FinalMedic | finalmedic.ca | 1-800-295-8579 | info@finalmedic.ca

Patient Information / Renseignements sur le patient

Full name / Nom complet _____

Date of birth

Date de naissance _____

Phone

Téléphone _____

Email / Courriel _____

Mailing address / Adresse postale _____

City

Ville _____

Province

Province _____

Postal code

Code postal _____

Gender

Genre _____

Insurance Information / Renseignements sur l'assurance

Insurer name / Nom de l'assureur _____

Policy / Contract #

N° de police _____

Group / Plan #

N° de groupe _____

Cardholder name (if different) / Titulaire (si différent) _____

Cardholder DOB

DDN du titulaire _____

Relationship

Lien _____

Secondary insurance (if any) / Assurance secondaire
(le cas échéant) _____

Authorization / Autorisation

I, the undersigned, authorize **FinalMedic** to submit claims on my behalf to my insurance provider(s) listed above and to receive payment directly for covered medical supplies furnished to me or my dependent. I understand that I remain responsible for any portion not covered by my plan (deductible, co-insurance, ineligible items). I consent to the release of medical and prescription information strictly necessary to process these claims. This authorization remains in effect for the current order and any refills I approve, and may be revoked in writing at any time for future orders.

Je, soussigné(e), autorise **FinalMedic** à soumettre des réclamations en mon nom à mon ou mes assureurs indiqués ci-dessus et à recevoir le paiement directement pour les fournitures médicales couvertes qui me sont fournies ou fournies à ma personne à charge. Je comprends que je demeure responsable de toute portion non couverte par mon régime (franchise, coassurance, articles non admissibles). J'autorise la divulgation des renseignements médicaux et de prescription strictement nécessaires au traitement de ces réclamations. Cette autorisation demeure en vigueur pour la commande actuelle et tout renouvellement que j'approuve, et peut être révoquée par écrit en tout temps pour les commandes futures.

Signature

Patient / cardholder

signature

Signature du patient / titulaire _____

Date

Date _____

Printed name

Nom en lettres moulées _____

Return to / Retourner à : FinalMedic • info@finalmedic.ca • Fax on request • Mail: FinalMedic, Canada • Phone: 1-800-295-8579. This form is a generic template; FinalMedic will send an insurer-specific version after a free coverage check. — *Ce formulaire est un modèle générique ; FinalMedic vous enverra une version adaptée à votre assureur après une vérification de couverture gratuite.*