

Renseignements sur le participant

N° du groupe:
Nom du participant:
N° du certificat:
Province d'exécution:

Explications

(8) Veuillez indiquer dans quelle province le médicament/service a été délivré/fourni.

Montant réclamé

Montant de la réclamation:

(11) Veuillez indiquer le coût total de la prestation, taxes comprises.

Frais d'administration:

(12) 500 \$
indiqué à la ligne 11. (10 % de la ligne 11, minimum 25 \$, maximum 500 \$)

Total partiel:

(13) Le total partiel est calculé en additionnant les lignes 11 et 12.

Taxes

Taxe sur les primes :

(16) à Terre-Neuve (4%), en Ontario (2%) et au Québec (3%) et est calculée sur le total partiel (ligne 13).

Taxe de vente au détail :

(17) La taxe de vente s'applique aux prestations fournies au Québec (9%) et en Ontario (8%). En Ontario, RST égale les prestations (ligne 11) multiplié par 8%. Au Québec, RST égale les prestations (ligne 11) multiplié par 9%.

TPS/TVH

(19) La TPS/TVH est fondée sur le taux provincial en vigueur dans la province d'exécution indiquée à la ligne 8 et est calculée à partir des frais d'administration indiqués à la ligne 12.

Total dû

(21) Le total dû correspond au total partiel auquel s'ajoutent les taxes applicables indiquées aux lignes 16 à 19.

Veuillez joindre à ce formulaire un chèque à l'ordre de Sécurindemnité pour le montant total dû (ligne 21) ainsi que les documents justificatifs et les reçus des prestations fournies (p. ex. reçus de soins dentaires, de soins de santé complémentaires, de médicaments).

*** Remarque : NE PAS agraffer Ni coller les reçus au formulaire de demande de remboursement ***

Envoyer à:

**SÉCURINDEMNITÉ INC.
PO BOX 6500 STN A
SUDBURY, ONTARIO P3A 5N5**

À l'attention de: Manager, règlement des demandes d'indemnité