



FONDS DE SECOURS MALADIE-ACCIDENT (FSMA)

SYNDICAT DES FONCTIONNAIRES MUNICIPAUX DE MONTRÉAL (SCFP)

8790, avenue du Parc, Montréal (Québec) H2N 1Y6 • sfmm429.qc.ca/fsma/

Tél. : 514 842-2442 • Téléc. : 514 842-4839 • Courriel : fsma@sfmm429.qc.ca

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION MÉDICALE ET DENTAIRE

Précisez si votre réclamation est pour des frais (deux choix possibles) : ☐ Dentaires ☐ Médicaux

Pour une année de réclamation du 1^{er} janvier au 31 décembre, la date limite de réception est le 1^{er} mars suivant, soit 60 jours après la fin de l'exercice financier. Veuillez soumettre vos réclamations par courriel à l'adresse suivante : depotreclamation@sfmm429.qc.ca. Pour tout étudiant et pour toute étudiante de 18 à 25 ans pour qui des frais sont réclamés, une attestation d'études ou un relevé de notes couvrant la période où des frais sont engagés est requis.

TITULAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (domicile) : _____

Appartement, numéro civique, voie

Ville, province, code postal

N^{os} téléphone : _____

Résidentiel

Mobile

Professionnel

Courriel résidentiel : _____

Matricule de paie : _____ Statut d'emploi : ☐ Permanent ☐ Auxiliaire

N^o de certificat du FSMA : _____ Type de protection : ☐ Individuel ☐ Monoparental ☐ Familial

Montant total des frais soumis : _____ Indiquer le nombre de reçus soumis : _____

Vous-même ou votre conjoint, contribuez-vous à une autre assurance ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, une assurance : ☐ Médicale ☐ Dentaire

Type de protection pour assurance médicale : ☐ Individuel ☐ Monoparental ☐ Familial

Type de protection pour assurance dentaire : ☐ Individuel ☐ Monoparental ☐ Familial

Nom de la compagnie d'assurance : _____ N^o de police : _____

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LES DÉCLARATIONS FAITES DANS CETTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT SONT VÉRIDIQUES ET DE BONNE FOI ET NE REPRÉSENTENT AUCUNE RÉPÉTITION DE FRAIS ANTÉRIEUREMENT SOUMIS. J'AUTORISE LE MÉDECIN, LE PHARMACIEN ET L'HÔPITAL À FOURNIR AU COMITÉ DU FONDS DE SECOURS MALADIE-ACCIDENT OU À SES REPRÉSENTANTS, TOUS LES RENSEIGNEMENTS SE RAPPORTANT À LA PRÉSENTE RÉCLAMATION.

Signature du participant : _____ Date : _____