

Formulaire De Remboursement Des Dépenses Admissibles Liées Aux Fournitures Médicales

Veuillez remplir le présent formulaire pour que nous puissions rembourser les dépenses liées aux fournitures médicales, et l'envoyer (avec les reçus) par l'un des moyens suivants :

Courriel : refund@ontariohealthathome.ca

Poste : Santé à domicile Ontario, 11 Allstate Parkway, bureau 500, Markham (Ontario) L3R 9T8 À l'attention de : Remboursement des fournitures médicales

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le numéro 1 866 377-7567 pour joindre la Ligne d'acheminement des problèmes non résolus liés aux fournitures médicales ou envoyer un courriel à l'adresse refund@ontariohealthathome.ca

Le remboursement sera effectué par l'émission d'un chèque envoyé par la poste à votre adresse		
Renseignements sur le ou la patient		
Nom:	Adresse:	Numéro de téléphone:
Libeller le chèque à l'ordre de: Comme ci-dessus Autre:		
Dépenses		
Liste de dépenses		
Date de dépenses	Brève description	Montant total (taxes comprises)
Total		
Attestation du ou de la patiente ou du mandataire spécial: Je confirme que les dépenses soumises pour le remboursement n'ont pas été soumises à un autre organisme à cette fin.		

X _____

 Nom du ou de la patiente ou du mandataire spécial Date de la signature

Avis de non responsabilité :

En décidant d'envoyer par communication électronique (par exemple, par courriel) des renseignements personnels sur ma santé pour donner suite à une demande de remboursement de dépenses liées à des fournitures médicales, je comprends et reconnais que je risque de compromettre la confidentialité des renseignements personnels sur ma santé ou d'autres renseignements personnels. Santé à domicile Ontario ne peut garantir ni la sécurité ni la confidentialité des renseignements transmis à l'extérieur de son réseau.

Autre option pour soumettre le formulaire:

Si vous ne souhaitez pas utiliser le courriel, vous pouvez retourner le formulaire par la poste à l'adresse ci-dessus afin de protéger vos renseignements.