

MHCSI MANAGED HEALTH CARE SERVICES INC.
FORMULAIRE D'ADHÉSION AUX PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES SUPPLÉMENTAIRES

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NOUVELLE ADHÉSION MODIFICATION

Nom		Prénom		Deuxième prénom / autres prénoms	
Sexe Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		Couverture Familliale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/>	Date de naissance M J A		SNB numéro local

S'IL S'AGIT D'UNE COUVERTURE FAMILIALE, DRESSEZ LA LISTE DE TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE CI-DESSOUS :

COUVERTURE DU CONJOINT					
Nom	Prénom	Date de naissance M J A	Âge	Sexe H ou F	

COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE					
Nom	Prénom	Date de naissance M J A	Âge	Sexe H ou F	Lien avec le participant

CODES DE LIENS : 1 - CONJOINT; 2 – ENFANT MINEUR; 4 – PERSONNE À CHARGE INVALIDE; 9 – ÉTUDIANT À CHARGE

ADRESSE		
Adresse		
Adresse		
Ville		
Province	Code postal	N° de téléphone

Nom du groupe : SNB		
N° du groupe (Attribué par MHCSI) 69187	Date d'entrée en vigueur	N° de client/famille de MHCSI : (Attribué par MHCSI)

Je déclare qu'à ma connaissance, les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et que je suis membre du SNB et admissible à cette garantie. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Je consens à ce que le gestionnaire des avantages sociaux et l'agent d'indemnisation (MHCSI) collectent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels afin de tenir à jour mon dossier d'admissibilité, de traiter mes demandes de règlement d'assurance maladie selon les paramètres de mon régime d'avantages sociaux, de m'informer au sujet de services et d'offres qui, selon MHCSI, sont susceptibles de m'intéresser, et de fournir les prestations du programme de rabais aux clients privilégiés de Lawtons Drugs.

SIGNATURE DU PARTICIPANT _____

DATE: _____

SIGNATURE DU CONJOINT _____

DATE: _____

(S'IL SOUSCRIT CETTE GARANTIE)