

# Programme FSI – Formulaire de réclamation pour soins de santé

**Approbation préalable**  
 Directeur médical, FSI/CIC  
 365, avenue Laurier Ouest  
 Édifice Jean Edmonds  
 Tour sud, 14<sup>e</sup> étage  
 Ottawa, ON K1A 1L1  
 Télécopieur : 1-800-362-7456

**Changement d'adresse**  
 Joindre une confirmation écrite du  
 changement d'adresse ainsi que  
 l'adresse précédente.

**Soumettez-vous des copies des  
 documents d'admissibilité?**

**Oui**

**Non**, admissibilité déjà en filière chez FAS

Et/ou

Re soumission d'une réclamation FAS  
 # \_\_\_\_\_

## ÉCRIRE CLAIREMENT EN LETTRES MOULÉES

<b>RÉFUGIÉ/PATIENT</b>	<b># D'IDENTIFICATION DU RÉFUGIÉ :</b>
NOM	PRÉNOM
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	MOIS :                      JOUR :                      ANNÉE :
<b>ADMISSIBILITÉ FSI :</b>	DU :                      Mois _____ Jour _____ Année _____
	Au :                      Mois _____ Jour _____ Année _____ <b>OU VOIR DOCUMENTS CI-JOINTS</b>

<b>FOURNISSEUR (À QUI LE CHÈQUE EST PAYABLE)</b>	<b># DE FOURNISSEUR FAS</b>
NOM	PRÉNOM
ADRESSE	
VILLE	PROVINCE
CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (                      )
SPÉCIALITÉ (S'IL Y A LIEU)	NOM DU PRATICIEN QUI ENVOIE LE PATIENT (S'IL Y A LIEU)

NUMÉRO DE FACTURE (DE VOTRE BUREAU)	CODE D'HONORAIRES OU SERVICE OFFERT	CODE ICM	DATE DU SERVICE (MM/JJ/AA)	# UNITÉS DE TEMPS / ANESTH.	MONTANT RÉCLAMÉ
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

DATE	SIGNATURE	NOM EN LETTRES MOULÉES	<b>MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ</b> \$
------	-----------	------------------------	------------------------------------

**IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment complété sinon il pourrait être refusé.**