

Québec le ____/____/____

ACCAP, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Ombudsman des assurances de personnes

2001, boul. Robert-Bourassa, 17e étage Montréal (Québec) H3A 2A6

Objet : Remboursement des frais engagés auprès de divers types de praticiens de la santé.

Assureur : _____ # Police : _____

Madame, Monsieur.

Je vous contacte pour donner suite à un refus de remboursement engagé par une ordonnance d'un praticien adresser à mon assureur privé. Ce refus de remboursement est préjudiciable à ma condition de santé, qui peut engendrer des conséquences ou des retards à ma guérison, ainsi qu'un retour possible à une qualité de vie.

Donc, pour toutes ces raisons, je vous demande une révision de ma demande auprès de mon assureur, et de la décision du refus de remboursement de l'ordonnance.

Merci de considérer cette demande.

Signature : _____

p.j. copie de prescription du praticien.

p.j. copie de lettre de refus de mon assureur.

Québec ____/____/____

CLHIA, Canadian Life and Health Insurance Association.

Ombudsman for Life and Health Insurance

2001, boul. 17th floor Montréal (Québec) H3A 2A6

Re: Reimbursement of expenses incurred with various types of health practitioners.

Insurer: _____ # Policy: _____

Dear Sir/Madam.

I am contacting you following a refusal to reimburse me for expenses incurred by a practitioner's prescription addressed to my private insurer. This refusal of reimbursement is detrimental to my health condition, which may lead to consequences or delays in my recovery, as well as a possible return to quality of life.

For all these reasons, I request a review of my claim with my insurer, and of the decision to ~~refuse~~ reject the reimbursement of the prescription.

Thank you for considering this request.

Signature: _____

Attached: practitioner's prescription.

copy of refusal letter from my insurer.

