

**PROGRAMME PERSONNALISÉ D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
DE LA CORPORATION DE SERVICES DU BARREAU DU QUÉBEC – MARS 2018**

PROPOSITION

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ **SEXE :** M F **NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE**

J M A

NUMÉRO DE MEMBRE DU BARREAU : _____

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE : _____

ADRESSE DE RÉSIDENCE : _____
 Numéro, rue, appartement

 Ville Province Code postal
 Téléphone résidence : (____) _____

ADRESSE D'AFFAIRES : _____
 Numéro, rue, appartement

 Ville Province Code postal
 Téléphone bureau : (____) _____

Adresse de correspondance pour le membre : Résidence Bureau **Adresse courriel :** _____

**PROGRAMME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
PLAN A**

1. Franchise de 1 066 \$ pour l'assuré principal et les enfants à charge par année civile.
2. Franchise de 1 066 \$ pour le conjoint par année civile.
3. Coassurance de 100 % en excédent de 1 066 \$ par adulte.
4. Couverture des médicaments admissibles à la RAMQ.
5. Carte de paiement direct.

VOTRE CHOIX

PLAN A

Membres âgés de moins de 65 ans

	Avec programme personnalisé	Sans programme personnalisé
Individuelle	<input type="checkbox"/> 54.27 \$	<input type="checkbox"/> 76.59 \$
Monoparentale	<input type="checkbox"/> 81.47 \$	<input type="checkbox"/> 114.88 \$
Couple	<input type="checkbox"/> 108.62 \$	<input type="checkbox"/> 153.15 \$
Familiale	<input type="checkbox"/> 135.80 \$	<input type="checkbox"/> 191.47 \$

LES MONTANTS CI-DESSUS REPRÉSENTENT LA PRIME MENSUELLE TOTALE

Les primes sont mensuelles et incluent la taxe de 9%

Prime mensuelle choisie : _____ \$

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
ASSURÉ PRINCIPAL	_____	_____	_____
CONJOINT	_____	_____	_____
ENFANTS	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SONT EXACTS ET JE CONFIRME TRAVAILLER ACTIVEMENT UN MINIMUM DE 21 HEURES PAR SEMAINE EN DATE DE LA PRÉSENTE.

Signature de l'assuré principal

Date

Veillez libeller votre chèque à **MRA** et complétez cette autorisation de retrait bancaire.

AUTORISATION DU PAIEMENT PRÉAUTORISÉ

J'autorise **MRA Ltée** à prélever le premier jour de chaque mois un montant fixe sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière, pour les fins de paiement de primes d'assurance. La présente autorisation concerne les prélèvements dans la catégorie « personnelle ». **Joindre un spécimen de chèque avec la mention « annulé ».**

Je recevrai, au moins dix (10) jours avant le premier prélèvement et avant tout changement du montant à être prélevé ou de la date du prélèvement, un avis quant au montant à débiter ou de la date du débit. De même, je recevrai un avis en cas **d'effet retourné par la banque avec mention fonds insuffisants**. À noter que les effets retournés feront l'objet de frais administratifs qui seront perçus en même temps que le montant retourné et le paiement régulier suivant.

Cette autorisation peut être révoquée à n'importe quel moment sur signification d'un avis écrit de ma part à MRA Ltée au moins dix (10) jours avant la date d'échéance du prochain prélèvement. J'ai certains recours et je peux, par exemple, contester un prélèvement automatique s'il n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour toute information vous pouvez contacter votre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle au 1 800 363-5956 ou par courriel à info@cabinetsmra.com

J'AUTORISE _____ À PAYER CES MONTANTS
le nom de votre institution financière

DE MON COMPTE :

Épargne
 Chèque
 Autres

Si vous préférez effectuer un paiement annuel, vous n'avez qu'à multiplier par 12 la prime mensuelle choisie.

Signature telle qu'elle apparaît sur vos chèques

Date