

AU MOMENT DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AFIN D'EN ACCÉLÉRER LE RÈGLEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. (Le traitement de cette demande sera retardé et elle pourra vous être retournée si des renseignements ne sont pas fournis ou sont inexacts.)

A	N° de police Q055	N° de certificat			
Nom de famille de l'assuré		Prénom(s)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AA MM JJ
N°, rue, appartement					
Ville, province				Code postal	
Nom du preneur Université Concordia					

B	La demande de remboursement est-elle le résultat :				
• d'un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		• d'un accident de véhicule motorisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui : • Veuillez noter que vous devez d'abord faire parvenir la demande à votre régime provincial d'accidents du travail ou d'assurance automobile (si applicable dans votre province) avant de la soumettre à votre assureur.					
• Nom de la personne accidentée _____				Date de l'accident	AA MM JJ

C	COORDINATION DES PRESTATIONS - VOUS DEVEZ REMPLIR cette section si la demande est faite pour le conjoint ou un enfant.				
La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.					
COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :					
1. Votre conjoint doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur et fournir ensuite à Desjardins Sécurité Financière, compagnie d'assurance vie le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.					
2. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être d'abord présentées à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le plus tôt dans l'année civile.					
Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une couverture pour :					
• médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		• soins paramédicaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		• soins visuels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, s'agit-il d'une protection : <input type="checkbox"/> individuelle DATE DÉBUT ASS. : AA MM JJ Nom et prénom du conjoint _____					
<input type="checkbox"/> familiale DATE FIN ASS. : AA MM JJ Date de naissance : AA MM JJ					
Nom de l'assureur _____ N° de police _____ N° de certificat _____					

D							RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par patient). Je confirme que les personnes désignées ci-après répondent aux définitions de conjoint et enfant à charge du contrat auquel cette demande de prestations s'applique.		ENFANTS ÂGÉS DE 21 ANS OU PLUS				
Nom		Prénom		Assuré	Conjoint	Enfant	Sexe	Date de naissance		Étudiant à temps plein		Nom de l'établissement scolaire fréquenté	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du AA MM JJ Au AA MM JJ			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du AA MM JJ Au AA MM JJ			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du AA MM JJ Au AA MM JJ			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du AA MM JJ Au AA MM JJ			

E	DÉPÔT DIRECT - Remplissez cette section s'il s'agit de votre première demande de dépôt direct ou pour apporter des modifications concernant votre compte actuel. Veuillez joindre un chèque spécimen portant la mention « ANNULÉ » pour la première demande ou en cas de changement seulement.		
Nom et adresse de l'institution financière		Identification (transit)	Numéro de compte

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- N'envoyez que l'original de vos factures (les copies ne sont pas acceptées) et celles-ci ne vous seront pas retournées. Veuillez donc en conserver des copies pour vos dossiers. Le bordereau explicatif ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- IL EST IMPORTANT que la demande de remboursement soit soumise au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle les frais ont été engagés.

F FRAIS DE MÉDICAMENTS

- Veuillez joindre les reçus de vos médicaments sur ordonnance au présent formulaire.
- Le numéro d'identification du médicament (DIN) ainsi que le nom du médicament doivent figurer sur tous les reçus présentés.

G FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX (p. ex. : chiropraticien, massothérapeute, physiothérapeute)

Si les dispositions de votre police l'exigent, veuillez joindre la recommandation écrite d'un médecin.

Veuillez joindre un état détaillé ou un reçu indiquant les renseignements suivants :

- | | |
|---|---|
| • nom du patient | • durée d'une visite |
| • nom du professionnel de la santé | • dates des visites |
| • numéro d'immatriculation ou d'enregistrement du professionnel de la santé | • frais par traitement |
| • catégorie de professionnel de la santé | • date à laquelle vous avez atteint le maximum admissible en vertu de votre régime provincial d'assurance (s'il y a lieu) |

Si vous avez consulté un psychothérapeute, veuillez indiquer le genre de thérapie dont il s'agit : personnelle familiale de groupe conjugale

H FRAIS D'APPAREILS ET D'ÉQUIPEMENTS

Si les dispositions de votre police l'exigent (veuillez consulter votre brochure afin de vous en assurer, car la plupart des polices l'exigent), veuillez fournir la recommandation écrite du médecin traitant pour tout appareil ou équipement prescrit, incluant le diagnostic ainsi qu'une copie du relevé de paiement du régime provincial, s'il y a lieu.

Veuillez indiquer la période pendant laquelle cet équipement ou appareil devra être utilisé : du : _____ au : _____

I FRAIS POUR SOINS DE LA VUE

Veuillez joindre un reçu détaillé indiquant les renseignements suivants :

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| • nom du patient | • coût de la coloration |
| • coût des montures | • coût de l'examen de la vue |
| • coût des verres | • date de l'examen de la vue |
| • coût des lentilles cornéennes | • date de la prise de possession |

Faites-vous cette demande pour le remplacement de lunettes? Oui Non

Un nouvel examen de la vue a-t-il été nécessaire afin de remplacer vos lunettes? Oui Non

Si oui, veuillez fournir une copie conforme de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance (si requis en vertu de votre police).

J J'atteste que, à ma connaissance, les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____

N^{os} de téléphone : Résidence : ()

Travail : ()