

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	Nom du groupe	RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION POUR ÉTUDIANTS ÉTRANGERS D'ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES	N° de contrat	N° de certificat							
			Q178								
	Nom de famille de l'assuré			Sexe	Date de naissance						
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AA	MM JJ					
	Prénom										
N°, rue, appartement											
Ville, province				Code postal							
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											

B	REMBOURSEMENT
Désirez-vous que le remboursement soit effectué au professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

C	Si les soins sont engagés au Canada et que des honoraires médicaux sont réclamés, le médecin consulté doit compléter cette section.			
Diagnostic : (EN LETTRES MAJUSCULES) _____				
Date	Description des services	Code du diagnostic	Code d'actes	Honoraires
AA MM JJ 				\$
AA MM JJ 				\$
AA MM JJ 				\$
AA MM JJ 				\$
Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)				
_____		N° de licence : _____		
_____		N° de téléphone : () _____		
Signature du médecin _____		Date _____		

D	Si les frais sont engagés lors d'un séjour hors du Canada, veuillez compléter cette section.			
Date du départ	AA MM JJ 			
Date prévue du retour au Canada	AA MM JJ 			
Date réelle du retour au Canada	AA MM JJ 			
SERVICES DE SANTÉ REÇUS - Indiquer la raison pour laquelle vous avez reçu des services médicaux ou hospitaliers.				

Décrire les soins reçus (p. ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuer sur une autre feuille.				

Indiquer la ville et le pays où les services ont été reçus :				
S'il s'agit d'un accident, indiquer :		Type d'accident		
La date de l'accident	AA MM JJ 	<input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail		
		<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		
Montant réclamé	Dollars canadiens	Autres (Préciser) devises	Les comptes ont-ils été payés?	Montant
_____ \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement	_____ \$
			<input type="checkbox"/> Non	

E La demande de remboursement est-elle le résultat :

• d'un accident du travail? Oui Non

• d'un accident de véhicule motorisé? Oui Non

• autre? Oui Non Précisez : _____

Si oui, une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental tel que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), etc.? Oui Non

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

• N'envoyez que l'original de vos factures (les copies ne sont pas acceptées). Veuillez conserver des copies de vos factures pour vos dossiers; les originaux ne vous seront pas retournés. 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 n'excède pas un an après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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.

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

Si les dispositions de votre contrat 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
- nom du professionnel de la santé
- numéro d'immatriculation ou d'enregistrement du professionnel de la santé
- catégorie de professionnel de la santé
- durée d'une visite
- dates des visites
- frais par traitement

FRAIS D'APPAREILS ET D'ÉQUIPEMENTS

Si les dispositions de votre contrat l'exigent (consultez votre brochure afin de vous en assurer), 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 : _____

F GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante: Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

G DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou des compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré _____ Date _____

N° de téléphone : ()

Veuillez retourner à : Desjardins Sécurité financière , C.P. 3950, Lévis, Québec, G6V 8C6