

**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.)**

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

**B** 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 \_\_\_\_\_

**C** 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 : La date de l'accident AA   MM   JJ		Type d'accident <input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Montant réclamé _____ \$	Dollars canadiens <input type="checkbox"/>	Autres (Préciser) devises <input type="checkbox"/>	Les comptes ont-ils été payés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non

Montant \_\_\_\_\_ \$

**D 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

**E REMBOURSEMENT**

Désirez-vous que le remboursement soit effectué au professionnel de la santé?  Oui  Non

**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 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 AUTORISATION**

En cas de besoin, j'autorise la communication des renseignements contenus dans cette demande à ma compagnie d'assurance ou à ses agents. J'atteste que, à ma connaissance, les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

\_\_\_\_\_  
Signature du l'assuré

\_\_\_\_\_  
Date

N° de téléphone de l'assuré : (        )