



PARTIE 1 — RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT-E DE LA CITÉ PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom, Prénom (en lettres moulées)		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	numéro étudiant	
Adresse		App.	Ville	Province
Téléphone		Courriel étudiant-e		

PARTIE 2 — MÉDICAMENTS — SOMMAIRE DES DÉPENSES (UN FORMULAIRE PAR PATIENT-E)

Chaque réclamation doit être accompagnée d'un reçu original indiquant le nom de la patiente ou du patient ainsi que la date de préparation en pharmacie. Les photocopies seront acceptées seulement dans les cas de coordination des prestations (voir partie 4).

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	No. du médicament (DIN)	Quantité	Numéro d'ordonnance	Date de préparation (JJ-MM-AAAA)	Frais de préparation (si indiqués)	Réservé à l'assureur

PARTIE 3 — SOINS DE SANTÉ — SOMMAIRE DES DÉPENSES (UN FORMULAIRE PAR PATIENT-E)

Chaque réclamation doit être accompagnée d'un **reçu original** indiquant le nom de la patiente ou du patient ainsi que la date du service. Les photocopies ou les télécopies ne sont pas acceptées pour fins de règlement.
Service d'ambulance - Soins infirmiers - Soins d'urgence

DATE DES SOINS REÇUS (JJ-MM-AAAA)	NATURE DE LA MALADIE OU DE LA BLESSURE	GENRE DE SERVICE OBTENU (EX. : AMBULANCE)	MONTANT PAYÉ	MÉDECIN OU SPÉCIALISTE (PRÉNOM ET NOM)

PARTIE 4 — RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE, LE PATIENT (UN FORMULAIRE PAR PATIENT-E)

La patiente, le patient est (cocher une des trois options et, au besoin, fournir les renseignements demandés) :

<input type="checkbox"/> Étudiant-e de La Cité participant au régime tel qu'identifié dans la partie 1 ci-dessus <input type="checkbox"/> conjoint-e du membre <input type="checkbox"/> enfant à charge du membre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, Prénom (conjoint-e ou enfant)		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
S'il s'agit d'un enfant de 21 ans ou plus : ↑ Code étudiant de l'enfant + ↑ Nom de l'établissement d'enseignement			

Des indemnités pour soins reçus seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou d'un régime d'assurance du gouvernement ? Si oui, spécifier ↓

OUI NON

N° de la police Nom de l'assureur ou du régime Date de naissance du, de la conjoint-e

PARTIE 5 — ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT

Je reconnais que les montants indiqués sont exacts et qu'ils m'ont été facturés pour les soins mentionnés. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

Signature (Étudiant-e de La Cité participant au régime) Date (JJ-MM-AAAA)

Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels. Les bénéficiaires ne s'appliquent pas nécessairement à chaque étudiant-e.

Le remboursement sera fait au nom de l'étudiant-e de La Cité. Inscrivez-vous au dépôt direct pour accélérer le remboursement.

CE FORMULAIRE ET LES REÇUS ORIGINAUX DOIVENT ÊTRE POSTÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :

Plan Major, 763, boulevard St-Joseph, Gatineau, Québec, J8Y 4B7