

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

		L C C
Nom, Prénom (en lettres moulées)	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	numéro étudiant
Adresse	App.	Ville
Téléphone	Code postal	
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 collégiale 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	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 collégiale participant au régime)	Date (JJ-MM-AAAA)