



PARTIE 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LA OU LE MEMBRE DE L'AGE UQTR PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom, Prénom (en caractères d'imprimerie)		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)		Code permanent de l'UQTR	
Adresse		App.	Ville	Province	Code postal
Téléphone			Courriel étudiant de l'UQTR		

PARTIE 2 — SOINS DE LA VUE (À REMPLIR PAR L'OPTOMÉTRISTE, L'OPTICIENNE OU L'OPTICIEN)

FRAIS Examen : <input type="text"/> Montures : <input type="text"/> Verres : <input type="text"/> Autre : <input type="text"/> Total : <input type="text"/>	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LES VERRÉS <input type="checkbox"/> Nouvelle ordonnance <input type="checkbox"/> Verres de sûreté <input type="checkbox"/> Verres de soleil <input type="checkbox"/> Ordonnance répétée <input type="checkbox"/> Verres de plastique N° de teinte : _____ Date à laquelle les frais ont été encourus <input type="text"/> (JJ-MM-AAAA) Signature de l'optométriste, de l'opticienne ou de l'opticien
--	---

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.

Les réclamations pour physiothérapeutes, massothérapeutes ou diététicien-ne-s doivent être accompagnées de l'**ordonnance écrite d'un-e médecin**.

DATE DES SOINS REÇUS (JJ-MM-AAAA)	NATURE DE LA MALADIE OU DE LA BLESSURE	GENRE DE SERVICE OBTENU (EX. : PHYSIOTHÉRAPEUTE)	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"/> membre de l'AGEUQTR 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="text"/>
	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 (membre de l'AGE UQTR participant au régime) Date (JJ-MM-AAAA)

Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels. Les bénéfices ne s'appliquent pas nécessairement à chaque étudiant-e. Le remboursement sera fait au nom de la ou du membre de l'AGEUQTR. Inscrivez-vous au dépôt direct pour accélérer le remboursement. CE FORMULAIRE ET LES REÇUS ORIGINAUX DOIVENT ÊTRE POSTÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :

Assomption Vie — C.P. 160, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L1