



**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	N° de police ou groupe ou contrat		N° de certificat		SI LE GROUPE EST AUTO-ADMINISTRÉ L'administrateur doit remplir cette section avant que l'assuré remplisse le formulaire	
	Nom de famille et prénom(s) de l'assuré		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA-MM-JJ		En vigueur Individuel AAAA-MM-JJ
	N°, rue, appartement				Familial AAAA-MM-JJ	Autre, précisez AAAA-MM-JJ
	Ville, province		Code postal		Terminé AAAA-MM-JJ	Signature de l'administrateur
	Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur				Date	

B La demande de remboursement est-elle le résultat :

• d'un accident du travail? Oui Non • d'un accident de véhicule motorisé? Oui Non

Si oui : • Veuillez noter que vous devez d'abord faire parvenir la demande à votre régime provincial d'accidents du travail ou d'assurance automobile (si applicable dans votre province) avant de la soumettre à votre assureur.

• Nom de la personne accidentée _____ Date de l'accident

C **COORDINATION DES PRESTATIONS - VOUS DEVEZ REMPLIR cette section si la demande est faite pour le conjoint ou un enfant.**

La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :

1. Votre conjoint doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur et fournir ensuite à Desjardins Sécurité Financière, compagnie d'assurance vie le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
2. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être d'abord présentées à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le plus tôt dans l'année civile.

Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une couverture pour :

• médicaments : Oui Non • soins paramédicaux : Oui Non • soins visuels : Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une protection : individuelle DATE DÉBUT ASS. Nom et prénom du conjoint _____
 familiale DATE FIN ASS. Date de naissance

Nom de l'assureur _____ N° de police _____ N° de certificat _____

D **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par patient).** Je confirme que les personnes désignées ci-après répondent aux définitions de conjoint et enfant à charge du contrat auquel cette demande de prestations s'applique.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT							ENFANTS ÂGÉS DE 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon la police)	
Nom	Prénom	Assuré	Conjoint	Enfant	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein	Nom de l'établissement scolaire fréquenté
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Au <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Au <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Au <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Au <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/>	

E **DÉPÔT DIRECT - Remplissez cette section s'il s'agit de votre première demande de dépôt direct ou pour apporter des modifications concernant votre compte actuel. Veuillez joindre un chèque spécimen portant la mention « ANNULÉ » pour la première demande ou en cas de changement seulement.**

Nom et adresse de l'institution financière	Identification (transit)	Numéro de compte

F **COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ - Remplissez cette section si vous détenez cette protection.**

Désirez-vous que la partie des frais non admissibles à votre contrat soit appliquée à votre compte de dépenses de frais de santé? Oui Non

Si vous et vos enfants à charge êtes assurés en vertu d'une autre assurance détenue par votre conjoint, désirez-vous que la portion des frais non payée par le plan de base soit automatiquement traitée dans le compte de dépenses de frais de santé au lieu de soumettre les frais en coordination chez l'assureur de votre conjoint? Oui Non

Pour les items exigeant une recommandation médicale, si celle-ci n'est pas jointe à votre demande, désirez-vous que les frais soient automatiquement payés dans le compte de dépenses de frais de 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.

G 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.

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

Si les dispositions de votre police 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
- date à laquelle vous avez atteint le maximum admissible en vertu de votre régime provincial d'assurance (s'il y a lieu)

Si vous avez consulté un psychothérapeute, veuillez indiquer le genre de thérapie dont il s'agit : personnelle familiale de groupe conjugale

I FRAIS D'APPAREILS ET D'ÉQUIPEMENTS

Si les dispositions de votre police l'exigent (veuillez consulter votre brochure afin de vous en assurer, car la plupart des polices l'exigent), 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 : _____

J FRAIS POUR SOINS DE LA VUE

Veuillez joindre un reçu détaillé indiquant les renseignements suivants :

- nom du patient
- coût des montures
- coût des verres
- coût des lentilles cornéennes
- coût de la coloration
- coût de l'examen de la vue
- date de l'examen de la vue
- date de la prise de possession

Faites-vous cette demande pour le remplacement de lunettes? Oui Non

Un nouvel examen de la vue a-t-il été nécessaire afin de remplacer vos lunettes? Oui Non

Si oui, veuillez fournir une copie conforme de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance (si requis en vertu de votre police).

K J'atteste que, à ma connaissance, les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____

N^{os} de téléphone : Résidence : Indicatif régional + numéro

Travail : Indicatif régional + numéro Poste :