

DEMANDE DE PRESTATION DU PATIENT

Le présent formulaire doit être envoyé à ACM par courriel à CampusCareClaim@active-care.ca ou par la poste à l'adresse C.P. 1237 Succursale A Windsor (Ontario) N9A 6P8. Veuillez inclure une copie de tous les reçus.

PARTIE A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR					
Nom du patient			Prénom du patient		
Numéro de police ou de carte d'étudiant	Campus	Date d'inscription dans l'établissement JJ MM AAAA		Date de naissance JJ MM AAAA	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse		Ville		Province	Code postal
Adresse courriel			Téléphone ()		

PARTIE B – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX					
Nom du médecin ou de la clinique		Téléphone ()		Télécopieur ()	
Adresse du médecin ou de la clinique		Ville	Province	Code postal	
Le trouble médical est-il lié à une grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date des dernières menstruations JJ MM AAAA		Date d'accouchement prévue JJ MM AAAA	
Brève description des douleurs/symptômes et du diagnostic				Date de consultation JJ MM AAAA	

Services médicaux fournis

Veuillez décrire en détail le traitement ainsi que la consultation

DÉPENSES – DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE TITULAIRE DE LA POLICE. Pour les dépenses supérieures à 300 \$, veuillez envoyer les reçus originaux par courrier ou par télécopieur.

Nom du fournisseur	Description de la dépense (ex. : frais de médicaments, de consultation, etc.)	Date du service JJ MM AAAA	Montant payé	Date du paiement JJ MM AAAA	Reçu inclus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

		JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	----------------	--	----------------	--

PARTIE D – AUTORISATION

J'autorise tout médecin, hôpital ou établissement fournissant des services médicaux ou de santé, ainsi que toute autre compagnie d'assurance à communiquer à ACM ou à son représentant autorisé, toute information nécessaire pour traiter la présente demande de règlement. Je cède à ACM toute indemnité pouvant provenir de toute autre source pour des demandes de règlement couvertes par la présente police. De plus, j'autorise et demande à ces sources de faire parvenir directement tout versement lié à ces demandes de règlement à ACM. J'autorise également toute tierce partie qui m'assiste pour le traitement de la présente demande de règlement à obtenir tout renseignement pertinent à l'évaluation de ma demande auprès d'ACM. Je confirme être autorisé à agir au nom des personnes à ma charge aux fins des présentes. Toute photocopie, télécopie ou copie électronique de la présente autorisation est réputée aussi exécutoire et valide que sa version originale. La présente autorisation est valide pour la durée de la demande de règlement, mais cette période ne pourra excéder un an à compter de la date de signature.

Je certifie que tous les renseignements fournis à l'égard de la présente demande de règlement sont complets, véridiques et exacts.

Signature du détenteur de la police (s'il s'agit d'une personne mineure, la signature d'un parent ou d'un tuteur légal est requise.)	Date
	JJ MM AAAA

ACM s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise et transmet. Vos renseignements personnels ne seront utilisés que dans le but de vous fournir les services d'assurances demandés. Pour recevoir une copie de notre politique de confidentialité, veuillez communiquer avec nous.