

SERVICE DES RÈGLEMENTS MALADIE, COLLECTIVE
C.P. 2580, SUCC. B
MONTRÉAL QC H3B 3L4

Université du Québec
Contrat Collectif 37493

ÉTABLISSEMENT / DIVISION		*Montant total des frais engagés			
10					
NOM ET PRÉNOM DE L'EMPLOYÉ					
DATE DE NAISSANCE DE L'EMPLOYÉ		N° DE CERTIFICAT / MATRICULE			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>M</td><td>A</td> </tr> </table>		J	M	A	
J	M	A			
N° DE PAVILLON ET LOCAL	N° DE TÉLÉPHONE ()	NOM DU PAVILLON			

Nom et prénom des personnes ayant engagé des frais	Date de naissance	Lien de parenté			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>M</td><td>A</td> </tr> </table>	J	M	A	
J	M	A			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>M</td><td>A</td> </tr> </table>	J	M	A	
J	M	A			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>M</td><td>A</td> </tr> </table>	J	M	A	
J	M	A			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>M</td><td>A</td> </tr> </table>	J	M	A	
J	M	A			

Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils couverts par un autre régime? Oui Non

Si oui, numéro de régime

NOM DE LA COMPAGNIE

Note: Si votre conjoint est couvert par un autre régime d'assurance maladie, il doit d'abord présenter sa demande auprès de son régime et fournir ensuite à l'Assurance collective Financière Manuvie le détail des prestations versées ainsi qu'une copie des reçus. De plus, les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

Date de naissance du conjoint

J	M	A
---	---	---

La demande a-t-elle trait à un accident? Oui Non Accident du travail Accident d'automobile

Si oui, veuillez indiquer la date et préciser les circonstances _____

J'autorise la divulgation à l'assureur ou à ses représentants de tout renseignement ou dossier relatif à cette demande de règlement. Je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques, exacts et complets. Une photocopie de la présente a valeur d'original.

Signature de l'employé _____

Date _____

* Il serait souhaitable d'attendre que les frais engagés totalisent 50 \$ avant de présenter la demande de règlement.

Important

S'il vous plaît, ne joignez que les originaux de vos reçus et conservez des copies pour vos dossiers.
Pour les enfants de 21 ans et plus, veuillez faire remplir le formulaire GL1816F(37493) par le registraire de l'établissement fréquenté à temps plein pour la période où les frais sont engagés. Ce formulaire est requis une fois par année.

Seuls les médicaments nécessitant une ordonnance sont remboursables. Les médicaments pouvant être obtenus sans ordonnance ne sont pas remboursables même lorsque prescrits par votre médecin. Veuillez donc vous référer à votre pharmacien afin de vérifier le statut de votre médicament.