

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX – Université de Moncton Police 170846
SECTION 1 – Renseignements sur l'étudiant(e) (À remplir par l'étudiant(e))

Nom de l'étudiant(e) (<i>Nom, Prénom</i>) :		Numéro de certificat :
Adresse :		App. :
		Numéro de téléphone :
Ville :	Province :	Code postal :

SECTION 2 – Renseignements sur le patient

Nom du patient (<i>Nom, Prénom</i>) :		Date de naissance (<i>jj/mm/aaaa</i>) :	
Lien de parenté avec l'étudiant(e):	Étudiant(e)	Conjoint(e)	Enfant à charge
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 3 – Autorisation (À remplir par l'étudiant(e))

Remarque : Si le paiement est versé directement au **fournisseur**, les deux autorisations (**A et B**) doivent être signées.

A) J'atteste par les présentes que les renseignements ci-inclus sont fidèles et exacts, et que les frais énumérés ont été engagés seulement par le patient nommé. Le Groupe Assurance Cowan reconnaît l'importance de conserver les renseignements personnels dans la plus stricte confidentialité. Tous les renseignements que vous nous donnez seront conservés dans nos dossiers d'assurance maladie. L'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels seront réservées exclusivement à nos employés et à des organismes autorisés par le Groupe Assurance Cowan pour vous fournir des produits et des services, ainsi qu'aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès, y compris des fournisseurs de soins de santé, des administrateurs, des consultants et des professionnels de la santé, et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels versés à votre dossier et, s'il y a lieu, de corriger les erreurs. J'autorise le Groupe Assurance Cowan à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels et ceux des personnes à ma charge pour administrer mon assurance maladie, conformément à la Politique sur la protection des renseignements personnels de Cowan, disponible à l'adresse www.cowangroup.ca ou sur demande.

Date : _____ Signature de l'étudiant(e) : _____

B) J'autorise par les présentes le Groupe Assurance Cowan à payer directement le **fournisseur** ci-dessous.

Date : _____ Signature de l'étudiant(e) : _____

SECTION 4 – Renseignements sur le fournisseur (À remplir par le fournisseur)

Nom du fournisseur :		Spécialité :	
Adresse :			Code postal :
Numéro de fournisseur Cowan :			Numéro de téléphone :

SECTION 5 – Énoncé des services (À remplir par le fournisseur)

Date du service	Description du service	Code provincial (plus unités de temps, s'il y a lieu)	Frais	Diagnostic

J'atteste que l'Énoncé des services ci-dessus correspond fidèlement aux services rendus.

Date : _____ Signature du fournisseur : _____

Remarque : *Les **médecins et l'hôpital** doivent fournir le diagnostic.

ADRESSEZ LES DEMANDES DE RÈGLEMENT ET LES QUESTIONS À :

Groupe Assurance Cowan
 700-1420 place Blair
 Ottawa, Ontario K1J 9L8
clients@cowangroup.ca
 Tél.: 1-888-509-7797 Télécopie: 613-741-7771

HEALTH CARE CLAIM FORM – Université de Moncton Policy 170846

SECTION 1 – Student Information (To be completed by student)

Student Name (Last Name, First Name): _____

Certificate Number:	Date of Birth (dd/mm/yyyy):	Daytime Telephone Number:
Street Address:		Apt.:
City:	Province:	Postal Code:

SECTION 2 – Patient Information

Patient Name (Last Name, First Name): _____ Date of Birth (dd/mm/yyyy): _____

Relationship to Student:	Student <input type="checkbox"/>	Spouse <input type="checkbox"/>	Dependent Child <input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

SECTION 3 – Authorization (To be completed by student)

Note: If payment is to be made directly to the **provider**, both authorizations (A & B) must be signed.

A) I hereby certify that the information enclosed is true and correct and that all expenses listed were incurred only by the patient indicated. At Cowan Insurance Group, we know that confidentiality of personal information is important. Any information you provide to us will be kept in health benefit files. Use and disclosure of your information will be limited to our employees and organizations authorized by Cowan Insurance Group, in the delivery of our products and services to you, persons to whom you have granted access, including health care providers, administrators, consultants and medical providers and persons authorized by law. You have the right to request access to personal information in your file, and, if necessary, correct any inaccurate information. I authorize Cowan Insurance Group to collect, use and disclose personal information concerning me and/or my dependent(s) for the purpose of administering my health benefits in accordance with Cowan Insurance Group's Privacy Policy, available at www.cowangroup.ca or by request.

Date: _____ Student Signature: _____

B) I hereby authorize Cowan Insurance Group to make payment to the **Provider** indicated below.

Date: _____ Student Signature: _____

SECTION 4 – Provider Information (To be completed by provider)

Provider Name:	Specialty:	
Address:		Postal Code:
Cowan Provider I.D. #		Telephone Number:

SECTION 5 – Statement of Services (To be completed by provider)

Service Date	Description of Service	Provincial Code (plus time units if applicable)	Charge	Diagnosis

I declare that the above is a correct statement of services rendered.

Date: _____ Provider Signature: _____

Note: *Physicians and Hospitals must provide the diagnosis.

DIRECT ALL CLAIMS AND INQUIRIES TO:
 Cowan Insurance Group
 700-1420 Blair Place
 Ottawa, Ontario K1J 9L8
clients@cowangroup.ca
 Tel.: 1-888-509-7797 Fax: 613-741-7771