

SECTION 1 – Renseignements sur l'étudiant(e) (À remplir par l'étudiant(e))

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

SECTION 2 – Renseignements sur le patient

Nom du patient (Nom, Prénom) :		Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
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