

## FORMULAIRE C: Demande de Remboursement des Frais de Thérapie/Counseling Pour des Services Passés

Remplissez ce formulaire si vous souhaitez être remboursé des frais de thérapie/counseling que vous avez personnellement déboursés. Cette demande sera traitée par le Comité des Relations avec les Patients du Collège des Opticiens. Pour être admissible à un remboursement, les conditions suivantes doivent être remplies:

- La thérapie/le counseling a commencé après les abus sexuels;
- Les frais encourus de la thérapie/du counseling ont été payés personnellement par vous et vous n'avez pas été remboursé par le RAMO ou un autre fournisseur d'assurance;
- Vous ou votre thérapeute/conseiller avez fourni des copies de factures ou de reçus pour vérifier les frais et les dates de la thérapie/du counseling; et
- Votre thérapeute/conseiller a accepté de vous rembourser et d'être plutôt payé directement par le Collège [la législation (le Code des Professions de la Santé en vertu de la Loi de 1991 sur les Professions de la Santé Réglementées) empêche le Collège des Opticiens de payer directement un Demandeur. Si la demande de remboursement des frais encourus pour des services passés est approuvée, et si votre thérapeute/conseiller accepte de vous rembourser, le Collège] prendra les mesures nécessaires afin de payer directement le thérapeute/conseiller.

Nom du Demandeur: \_\_\_\_\_

Dates des Thérapies: \_\_\_\_\_

Montant Demandé: \$ \_\_\_\_\_

Ce montant vous a-t-il déjà été remboursé par votre thérapeute/conseiller?

Oui  Non  Pas sûr

Nom du Thérapeute/Conseiller: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

En signant ce document, je reconnais et j'accepte ce qui suit:

1. J'ai personnellement payé ces frais de thérapie/counseling et je n'ai pas été remboursé pour ces frais par le RAMO ou tout autre assureur public/privé.



2. Je comprends que le Collège peut communiquer avec mon thérapeute/conseiller pour confirmer les renseignements fournis dans la présente demande et/ou pour prendre convenir d'une entente relativement aux modalités de paiement.
3. Je joins à la présente des factures ou des reçus pour les frais de thérapie/counseling.
4. Cette demande est faite de bonne foi et sans but inapproprié.

---

Signature du Demandeur

---

Date