



**FORMULAIRE POUR LES ÉTUDIANTS INTERNATIONAUX  
DE L'UNIVERSITÉ CONCORDIA  
CONCORDIA UNIVERSITY INTERNATIONAL STUDENTS**

CASE POSTALE 3300, SUCCURSALE B  
MONTREAL (QUEBEC) H3B 4Y5  
TÉLÉPHONE : 514-286-8430

PO BOX 3300, STATION B  
MONTREAL (QUEBEC) H3B 4Y5  
TELEPHONE : 514-286-8430

**DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR FRAIS MÉDICAUX  
MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM**

Nom du patient Patient's name	Lien de parenté à l'adhérent Relationship to member	Sexe Sex	Âge Age	N° de groupe Group no.	N° de l'étudiant Student ID	N'écrivez pas Do not write			
Nom de l'adhérent Member's name			DIAGNOSTIC - DIAGNOSIS						
Adresse Address		Ville City							
Province		Code postal Postal code							
NATURE DES SOINS - NATURE OF SERVICES			Code de service Service Code	Jour Day	Mois Month	Année Year	Honoraires Fees		
Nom, adresse et spécialité du professionnel de la santé Name, address and speciality of the health professional  _____  _____  N° de télécopieur - Fax number : _____  Signature : _____  Date : _____			Par les présentes, je cède les prestations auxquelles j'ai droit, en vertu de la présente demande au fournisseur des services identifié ici, et j'autorise Croix Bleue Medavie à le payer directement.  I hereby assign my benefits payable from this claim to the herein named provider of services and authorize Medavie Blue Cross to pay said provider directly.						
			Signature de l'adhérent - Member's signature						
			À l'usage de l'assureur - For insurer's use only						
			Code	Visites Visits	Visites cov. Cov. visits	Sexe Sex	Date	Honoraires Fees	Paiement Payment

MC Marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisée avec autorisation par Croix Bleue Medavie, une association des sociétés Croix Bleue indépendantes.

TM The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.