

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES HONORAIRES POUR LES SÉANCES ANTÉRIEURES DE THÉRAPIE OU DE CONSEIL

Ce formulaire est rempli par le demandeur. L'Ordre peut rembourser au demandeur les honoraires de thérapie ou de conseil qu'il a personnellement payés si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- il a reçu la thérapie ou le conseil à tout moment après avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel;
- les honoraires n'ont pas été pris en charge par un autre fournisseur;
- la note du thérapeute ou du conseiller comporte les dates des séances et les honoraires demandés à chaque séance;
- le thérapeute ou le conseiller accepte de rembourser le demandeur, moyennant des fonds qui lui seront versés directement.

Coordonnées du demandeur

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Moyen de communication préféré :

TÉLÉPHONE

COURRIEL

COURRIER

Autres sources de financement (p. ex., une assurance maladie privée) :

_____ (nom du fournisseur) _____ (montant)

Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller

NOM DU THÉRAPEUTE OU DU CONSEILLER :

NOM DU CABINET (le cas échéant) :

ADRESSE DU CABINET :

ADRESSE DE FACTURATION :

(si elle diffère de l'adresse du cabinet) :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Renseignements sur la thérapie ou le conseil

Dates des séances	Honoraires	Montant demandé (s'il diffère des honoraires)

TOTAL DEMANDÉ : _____ \$

En signant ce document, je consens à ce qui suit :

- Je demande le remboursement des séances de thérapie ou de conseil que j'ai reçues après le mauvais traitement d'ordre sexuel présumé. Tous les frais liés à ces séances étaient destinés à ma thérapie/mon conseil.
- J'ai utilisé toutes les autres sources de financement à ma disposition avant de demander le remboursement de ces honoraires.
- J'ai payé de ma poche ces honoraires antérieurs qu'on ne m'a pas encore remboursés. Je comprends que je ne peux pas percevoir deux paiements pour le même service.
- Je fournis, ou mon thérapeute ou conseiller fournit, des reçus ou des notes d'honoraires pour les séances de thérapie ou de conseil dont je demande le remboursement.
- Je comprends que mon thérapeute ou mon conseiller doit accepter de me rembourser en échange de fonds que l'Ordre lui versera directement.
- Mon thérapeute ou mon conseiller répond aux normes juridiques suivantes :
 - Nous n'avons aucun lien de parenté et aucun conflit d'intérêts potentiel. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance.
 - Le thérapeute ou le conseiller n'a, à aucun moment ni dans aucun territoire, été reconnu coupable d'une faute professionnelle de nature sexuelle et n'a pas été reconnu pénalement ou civilement responsable d'un acte de nature sexuelle.
- Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir de les utiliser à d'autres fins.
- Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je tiendrai l'Ordre au courant en cas de modification des informations figurant dans le présent formulaire.

Signature du demandeur

Date

**Comment
soumettre les
formulaires**

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.