

# Formulaire C – Demande de remboursement

(À remplir par le demandeur)

*Veillez remplir ce formulaire si vous avez acquitté des coûts de thérapie ou de consultation ou si vous avez engagé des coûts directement associés à la thérapie et vous souhaitez en demander le remboursement. Ce formulaire peut être soumis dans le cadre de votre demande initiale de financement utilisant le [Formulaire A : Demande de financement](#), ou il peut être soumis après que le comité de relations avec les patients (CRP) a approuvé votre financement.*

*Les factures ou les reçus qui détaillent les frais de thérapie ou de consultation et les dates des séances doivent être inclus avec ce formulaire. S'ils ne sont pas disponibles, un affidavit juré par votre thérapeute ou votre consultant devant un commissaire à l'assermentation pourrait être accepté à la place des factures ou des reçus.*

**Remarque :** *Le financement pour thérapie ou consultation peut être fourni seulement pour une période de cinq ans. Si vous demandez un remboursement pour des frais de thérapie ou de consultation que vous avez reçus avant que votre financement soit approuvé par le CRP, la période de cinq ans commencera à la première date pour laquelle vous avez soumis des coûts.*

## Renseignements sur le demandeur

Nom : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Veillez nous contacter avant de soumettre ce formulaire pour obtenir le remboursement de dépenses. Le CPR pourrait devoir examiner la demande, selon la nature de la thérapie ou de la consultation demandée.**

### Fonds pour la thérapie :

Téléphone : 416 967-2644, poste 211 /  
1 800 268-7096, poste 211

Courriel : [therapyfund@cpso.on.ca](mailto:therapyfund@cpso.on.ca)

## Avez-vous d'autres sources de financement pour cette demande? Oui Non

Les autres sources de financement, comme un régime privé d'assurance, doivent être utilisées avant de demander le remboursement de coûts antérieurs. Si votre assurance ne couvre pas le montant total des séances de thérapie ou de consultation, l'Ordre paiera le reste.

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Source de financement ou nom de l'assureur privé : \_\_\_\_\_

Montant annuel pouvant être demandé : \_\_\_\_\_

## Information sur les séances de thérapie ou de consultation

Type de thérapie ou de consultation reçu : \_\_\_\_\_

Dates des séances de thérapie ou de consultation : \_\_\_\_\_

Nom du thérapeute/consultant ayant assuré la thérapie/consultation : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

## Demandez-vous le remboursement de coûts accessoires directement associés à l'accès à vos séances de thérapie ou de consultation?

Les frais de transport, d'hébergement, de garderie ou les autres coûts accessoires engagés directement en raison de la participation à des séances de thérapie ou de consultation peuvent être examinés par le CRP au cas par cas.

Le CRP examinera les dépenses qui sont nécessaires pour vous permettre d'assister à vos séances de thérapie ou de consultation et qui vous empêcheraient autrement d'accéder à ces séances.

Veuillez remplir le tableau ci-dessous et inclure les factures, les reçus ou les preuves d'achat applicables relatifs à votre demande.

Type de demande	Coût total	Dates et heures	Description	Reçu joint

## Attestations

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

1. J'ai acquitté ces coûts de thérapie ou de consultation et les coûts accessoires associés, et ces coûts antérieurs ne m'ont pas déjà été remboursés. Ces coûts accessoires étaient des dépenses nécessaires pour me permettre d'accéder à mes séances de thérapie ou de consultation (le cas échéant).
2. Je demande un remboursement pour des séances de thérapie ou de consultation et les coûts accessoires associés (le cas échéant) ayant eu lieu après que j'ai été victime des allégations de violence sexuelle.
3. J'ai utilisé toutes les autres sources de financement dont je dispose avant de demander le remboursement des séances de thérapie ou de consultation et des coûts accessoires associés (le cas échéant). J'ai bien identifié toutes les autres sources de financement ci-dessus et j'informerai immédiatement l'Ordre s'il y a des changements. Je comprends qu'il ne pourra y avoir de paiement en double pour le même service et qu'il peut être mis fin au financement si je soumetts une demande de remboursement frauduleuse.
4. Je n'ai ni lien de parenté ni autre conflit d'intérêts potentiel avec le thérapeute ou le consultant.
5. Je comprends qu'en remboursant les services de thérapie ou de consultation, l'Ordre s'efforce de réparer le préjudice que j'ai subi à la suite des mauvais traitements d'ordre sexuel commis par un membre et reconnaît mon droit de choisir un thérapeute ou un consultant sous réserve des restrictions énoncées ci-dessus. Je reconnais que j'assume tous les risques et bienfaits associés à la thérapie ou à la consultation qui m'est fournie.
6. Je m'engage à assurer la confidentialité de tous les renseignements obtenus dans le cadre du processus de demande de financement et à éviter d'utiliser ces renseignements à toute autre fin.
7. Je confirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts, et je tiendrai l'Ordre au courant si ces renseignements ont changé depuis leur soumission.

---

Signature du demandeur

---

Date