

VEUILLEZ JOINDRE LES REÇUS ORIGINAUX DU PAIEMENT INTÉGRAL.

RENSEIGNEMENTS SUR L' ADHÉRENT(E) - Remplis par l' adhérent(e) ou le (la) patient(e)

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (résidence) : _____ Numéro de téléphone (bureau) : _____

Votre adresse postale a-t-elle changé depuis votre dernière demande de règlement ? Oui Non

Si oui, la signature de l'adhérent est requise pour validation : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E) - Remplis par l'adhérent(e) ou le (la) patient(e)

Nom du (de la) patient(e) _____ Personne à charge de plus de 21 ans : spéciale étudiant à temps plein

Date de naissance _____ S'il s'agit d'un étudiant, nom de l'établissement _____

Lien avec l'adhérent(e) : soi-même conjoint(e) Adresse _____

enfant à charge N° de téléphone _____

AUTRE PROTECTION

Vous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, répondre aux questions qui suivent :

Nom de l'autre assureur : _____

Adhérent : _____ N° d'ID : _____

Type de police (✓): Individuelle collective Groupe N° de police : _____

Date d'effet : _____ Date de résiliation : _____

Veillez préciser le type de couverture (✓): Hôpital Soins de santé complémentaires Soins dentaires Soins de la vue

Médicaments Protection-voyage Tous

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

J'autorise tous les spécialistes en soins de la vue à divulguer toute information ou toutes archives relatives à la présente demande de règlement à Croix Bleue Medavie, et je déclare que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et enregistrés fidèlement au meilleur de ma connaissance.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de la Croix Bleue. Selon le type de protection que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, le détenteur de carte de tout contrat dans le cadre duquel je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police collective dont je suis un membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement, la Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signature _____ Date _____

(Si le [la] patient[e] a moins de 18 ans, la signature de l'adhérent[e] est requise.)

Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le www.medavie.croixbleue.ca ou appeler le 1-800-667-4511.

RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS DE LA VUE - Remplis par le fournisseur

Nom du fournisseur _____ N° du fournisseur _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Nom du (de la) patient(e) _____

S'agit-il d'un(e) nouveau(elle) patient(e) ? Oui Non

Des lentilles sont-elles requises en raison d'un problème médical / d'une maladie ? (Le prescripteur doit remplir cette partie.) Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le problème médical / la maladie : _____

Description du service	Date du service JJ/MM/AAAA (Le paiement intégral reçue)	Frais exigibles (séparés, selon la description des garanties)
Examen de la vue		
Monture		
Lentille droite		
gauche		
Teinte		
Protection UV		
Couche anti-reflet		
Lunettes de soleil plano		
Verre de contact droit		
gauche		
* Autre		
TOTAL		

* Explication de Autre : _____

Lentille droite : foyer simple double foyer multiple foyer progressif sphérique composé à fort indice

polycarbonate asphérique à prisme compensateur

Lentille gauche : foyer simple double foyer multiple foyer progressif sphérique composé à fort indice

polycarbonate asphérique à prisme compensateur

Le fournisseur de soins de santé consent à ce que toute personne autorisée par Croix Bleue Medavie ait accès aux dossiers concernant la prestation de services au participant ainsi que le coût de ces services, et puisse en tirer des extraits ou les photocopier.

Signature du fournisseur : _____ Date : _____

ADRESSE DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Adhérents du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard
644, rue Main, C.P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3
Information : 1-800-667-4511

Adhérents de la Nouvelle-Écosse
230, av. Brownlow, Dartmouth
C.P. 2200 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3C6
Information : 1-800-667-4511

Adhérents de Terre-Neuve-Labrador
66, chemin Kenmount, bureau 102
Kenmount Business Centre
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3V7
Information : 1-800-667-4511

Adhérents de l'Ontario
185, The West Mall
Bureau 1200
Etobicoke (Ontario) M9C 5P1
Information : 1-800-355-9133