

**VEUILLEZ JOINDRE LES REÇUS ORIGINAUX DU PAIEMENT INTÉGRAL.**
**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

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 (travail) : \_\_\_\_\_

Votre adresse postale a-t-elle changé depuis votre dernière demande de règlement ?  
 Oui  Non Si oui, la signature de l'adhérent(e) est requise pour validation : \_\_\_\_\_

**AUTRE PROTECTION**

Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez une autre protection en vertu d'un autre régime?  
 **Non** Si applicable, veuillez indiquer la date de résiliation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Oui Répondre aux questions qui suivent :** Nom de l'autre assureur : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

Type de police (✓) :  Individuelle  Collective Date d'effet : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

**Veillez préciser le type de protection (✓) :**  Hospitalisation  Protection-voyage  Soins de santé complémentaires  Soins dentaires  
 Soins de la vue  Médicaments  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 et exacts 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 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, 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](http://www.medavie.croixbleue.ca) ou téléphoner au 1-800-667-4511.

**RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS DE LA VUE - À remplir par le fournisseur**

Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_ N° du fournisseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom du (de la) patient(e) : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

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 ?  Oui  Non

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

Description du service	Date du service JJ/MM/AAAA (date du paiement intégral)	Frais (répartis selon la description de l'avantage)
Examen de la vue		
Monture		
Lentille droite		
gauche		
Teinte		
Protection UV		
Couche anti-reflet		
Lunettes de soleil plano		
Verre de contact droite		
gauche		
* Autre		
<b>TOTAL</b>		

**Détails de l'ordonnance**

	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE
DROITE					
GAUCHE					
A J O U T	D		Double foyer <input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST		
	G				

**S'il y a eu changement à l'ordonnance, donnez les détails de l'ordonnance précédente.** [Ces renseignements ne sont pas nécessaires s'il s'agit d'un(e) nouveau(elle) patient(e).]

	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE
DROITE					
GAUCHE					
A J O U T	D		Double foyer <input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST		
	G				

Lentille droite	
<input type="checkbox"/> Simple foyer	<input type="checkbox"/> Double foyer
<input type="checkbox"/> Multiple foyer	<input type="checkbox"/> Progressif
<input type="checkbox"/> Sphérique	<input type="checkbox"/> Composé
<input type="checkbox"/> À fort indice	<input type="checkbox"/> Polycarbonate
<input type="checkbox"/> Asphérique	
<input type="checkbox"/> À prisme compensateur	

Lentille gauche	
<input type="checkbox"/> Simple foyer	<input type="checkbox"/> Double foyer
<input type="checkbox"/> Multiple foyer	<input type="checkbox"/> Progressif
<input type="checkbox"/> Sphérique	<input type="checkbox"/> Composé
<input type="checkbox"/> À fort indice	<input type="checkbox"/> Polycarbonate
<input type="checkbox"/> Asphérique	
<input type="checkbox"/> À prisme compensateur	

\* Explication pour Autre : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

**ADRESSES DE CROIX BLEUE MEDAVIE**

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

**Nouvelle-Écosse**  
C.P. 2200  
Halifax NS B3J 3C6  
Lieu : 230, av. Brownlow, Dartmouth  
Information : 1-800-667-4511

**Terre-Neuve-et-Labrador**  
Viking Building  
136, rue Crosbie, bureau 204  
St. John's TNL A1B 3K3  
Information : 1-800-667-4511

**Ontario**  
185, The West Mall, bureau 1200  
C.P. 2000 Succ A  
Etobicoke ON M9C 5P1  
Information : 1-800-355-9133

