

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

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

Simple foyer Double foyer
 Multiple foyer Progressif
 Sphérique Composé
 À fort indice Polycarbonate
 Asphérique
 À prisme compensateur

Lentille gauche

Simple foyer Double foyer
 Multiple foyer Progressif
 Sphérique Composé
 À fort indice Polycarbonate
 Asphérique
 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
---	--	---	---

