

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : **91643**

N° du régime provincial d'assurance-maladie (s'applique seulement aux résidents de la C.-B. et de la Sask.) : _____ 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 : _____

AUTRE COUVERTURE

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 suivantes :

Nom de l'autre assureur : _____

Adhérent : _____

N° d'ID : _____ N° de police : _____

Type de police (✓) : Individuelle Collective

Date d'effet : _____ Date de résiliation : _____

Veillez préciser le type de couverture (✓) :

Hôpital Soins de santé complémentaires Soins dentaires CGS
 Soins de la vue Médicaments Protection-voyage Tous

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Si le requérant est une personne à charge qui a dépassé la limite d'âge (comme il est défini dans votre régime), veuillez répondre à ce qui suit :

1. Âge de l'enfant _____
2. Est-il (elle) marié(e) ? Oui Non
3. Est-il (elle) employé(e) à temps plein ? Oui Non
4. Est-il (elle) inscrit(e) dans une école, un collège ou une université à temps plein ? Oui Non
5. Est-il (elle) handicapé(e) physiquement ou mentalement et dépendant(e) de votre soutien ? Oui Non

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Le traitement résulte-t-il d'un accident ? Oui Non **Dans l'affirmative, répondre aux questions suivantes :**

- Le traitement résulte-t-il d'un accident d'automobile ? Oui Non
- Le traitement résulte-t-il d'une blessure au travail ? Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous informé la commission des accidents du travail? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Nom du (de la) patient(e)	Lien avec l'adhérent	Date de naissance			Type de service ex. : Physiothérapie, fournitures pour diabétiques, lunettes, etc.	Numéro d'identification du médicament (DIN) (s'il y a lieu)	Date de service			Montant	
		prénom	nom de famille	conjoint(e), enfant			jour	mois	année		jour
Exemple ED	SMITH	Soi	01	05	1980	médicaments	01234567	01	10	2007	35,00 \$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

J'atteste que je n'ai soumis aucune demande de règlement et que je ne soumettrai aucune demande de règlement pour ces frais en vertu de tout autre régime d'assurance (sauf indication contraire ci-dessus), et que tous les renseignements contenus dans la présente sont exacts.

J'autorise par la présente la divulgation de renseignements à mon sujet ou de mes dossiers médicaux à l'assureur ou à ses représentants, sur demande de ceux-ci, et j'atteste que les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et complets, au meilleur de ma connaissance.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente ainsi que tout autre renseignement personnel en possession de mon régime de la Croix Bleue ou recueilli par ce dernier dans l'avenir peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués aux fins d'administration des modalités de ma police ou du régime collectif dont je suis un membre admissible ou une personne à charge, afin de me recommander des produits et services appropriés et d'administrer les affaires de mon régime de la Croix Bleue. Pour les raisons indiquées ci-dessus, certains renseignements personnels peuvent être recueillis ou divulgués à une tierce partie. Ces tierces parties peuvent comprendre les autres organismes de la Croix Bleue, un médecin autorisé, les professionnels ou établissements de santé, les assureurs vie et santé, les organismes gouvernementaux et de réglementation, les membres de tout régime dont je suis une personne à charge ou toute autre partie.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et sécuritaires. Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment. Le cas échéant, je ne pourrai peut-être pas recevoir les garanties demandées dans le cadre de mon régime de la Croix Bleue. Je comprends pourquoi mes renseignements personnels sont nécessaires et je comprends les risques et avantages d'accorder ou non mon consentement à la divulgation de renseignements.

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

Signature _____ Date _____
(Si moins de 18 ans, la signature de l'adhérent est requise.)

Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques en matière de protection des renseignements personnels de votre régime de la Croix Bleue, veuillez composer le 1-888-873-9200.

Se reporter au verso pour consulter les directives sur la façon de remplir le présent formulaire et connaître nos adresses postales.

INFORMATION IMPORTANTE SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Veillez fournir tous les renseignements demandés. Les demandes de règlement incomplètes peuvent retarder le processus.

- 1 Remplissez tous les champs au recto du présent formulaire.
- 2 Veuillez consulter votre carte de Croix Bleue pour vos numéros de police et d'identification.
- 3 Conservez une copie de vos reçus et documents pour vos dossiers.**
- 4 Toutes les demandes de règlement doivent être soumises avec les relevés détaillés et les reçus originaux de paiement intégral, y compris ce qui suit :
 - Nom et prénom du requérant
 - Description de l'article acheté ou du service rendu
 - Date de chaque achat ou service
 - Montant exigé pour chaque achat ou service
 - Adresse et n° de téléphone du fournisseur
- 5 Les demandes de règlement doivent être reçues à notre bureau avant la date limite.
- 6 Une explication des garanties indiquant comment la présente demande de règlement a été évaluée sera envoyée à l'adhérent. S'il y a lieu, elle sera accompagnée d'un chèque. Cette explication peut être utilisée aux fins de l'impôt sur le revenu ou pour demander un remboursement au titre d'un autre régime d'assurance. Veuillez conserver l'Explication des garanties car aucune autre ne sera envoyée.

Les photocopies ne sont pas acceptées à moins que la situation suivante s'applique.

Autre couverture :

- 1 Si vous réclamez des dépenses pour votre conjoint(e) et qu'il (elle) est couvert(e) en vertu d'un autre régime de protection-santé, vous devez soumettre la demande de règlement au régime de votre conjoint(e) d'abord.
- 2 Si vous et votre conjoint(e) avez une protection-santé, vos enfants doivent présenter une demande de règlement en vertu du régime du parent dont la date de naissance a lieu en premier (mois et jour) dans l'année civile. (ex : si votre date de naissance est le 1^{er} mai et celle de votre conjoint(e) le 5 juin, vos enfants présenteront une demande en vertu de votre premier régime.)
- 3 Si vous avez soumis votre reçu original à votre autre compagnie d'assurance, veuillez fournir ce qui suit :
 - Une photocopie de toutes les factures et des reçus de paiement intégral.
 - Relevé original de l'autre compagnie d'assurance montrant leur paiement ou le refus de la demande de règlement.

ADRESSES*

Alberta
10009 - 108^e rue N.-O.
Edmonton AB T5J 3C5

Colombie-Britannique
C.P. 7000
Vancouver BC V6B 4E1

Manitoba
C.P. 1046
Winnipeg MB R3C 2X7

**Nouveau-Brunswick et
Île-du-Prince-Édouard**
C.P. 220
644, rue Main
Moncton NB E1C 8L3

Terre-Neuve et Labrador
66, ch. Kenmount, bureau 102
Kenmount Business Centre
St. John's NL A1B 3V7

Nouvelle-Écosse
230, ave. Brownlow
C.P. 2200
Halifax NS B3J 3C6

Ontario
C.P. 2000
185, The West Mall, bureau 1200
Etobicoke ON M9C 5P1

Québec
550, rue Sherbrooke Ouest
C.P. 3300, succ. B
Montréal QC H3B 4Y5

Saskatchewan
C.P. 4030
516, 2^e Avenue Nord
Saskatoon SK S7K 3T2

**Pour tout renseignement, composez le
1-888-873-9200**