

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)**

Numéro d'ID : \_\_\_\_\_ Numéro de police : **91340**  
 N° du régime provincial d'assurance-maladie \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 (s'applique seulement aux résidents de la C.-B. et de la Sask.) : \_\_\_\_\_ (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 PROTECTION**

Est-ce que vous ou une personne à votre charge êtes couvert par 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) : \_\_\_\_\_  
 N° d'ID : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_  
**Type de police (✓) :**  Individuelle  Collective  
 Date d'effet : \_\_\_\_\_  
**Veillez préciser le type de couverture (✓) :**  Hôpital  Soins de santé complémentaires  
 Soins dentaires  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 conjoint(e), enfant	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		jour	mois	année			jour	mois	année	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

*Les médicaments reçus en milieu hospitalier ne sont pas couverts par le programme privé des retraités du CN.*

**MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT**

**DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT(E)**

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 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 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 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 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(e) 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 Croix Bleue, veuillez composer le 1-888-873-9200.

## 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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, av. Brownlow Dartmouth NS  
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<sup>e</sup> Avenue Nord  
Saskatoon SK  
S7K 3T2

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