

VEUILLEZ JOINDRE LES REÇUS ORIGINAUX DU PAIEMENT INTÉGRAL.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E) - À l'usage de l'adhérent(e) ou du (de 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																												
Si oui, la signature de l'adhérent est requise pour validation : _____																																																																																												
RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E) - À l'usage de l'adhérent(e) ou du (de la) patient(e)																																																																																												
Nom du (de la) patient(e) : _____		Personne à charge de plus de 21 ans : <input type="checkbox"/> spéciale <input type="checkbox"/> étudiant à temps plein																																																																																										
Date de naissance : _____		S'il s'agit d'un étudiant, nom de l'établissement : _____																																																																																										
Lien avec l'adhérent(e) : <input type="checkbox"/> soi-même <input type="checkbox"/> conjoint(e)		Adresse : _____																																																																																										
		N° de téléphone : _____																																																																																										
<input type="checkbox"/> enfant à charge																																																																																												
AUTRE PROTECTION																																																																																												
Vous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																												
Dans l'affirmative, répondre aux questions qui suivent :																																																																																												
Nom de l'autre assureur : _____																																																																																												
Adhérent : _____		N° d'ID : _____																																																																																										
Type de police (✓): <input type="checkbox"/> Individuelle collective <input type="checkbox"/> Groupe		N° de police : _____																																																																																										
Date d'effet : _____		Date de résiliation : _____																																																																																										
Veillez préciser le type de couverture (✓): <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Soins de santé complémentaires <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins de la vue																																																																																												
<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Protection-voyage <input type="checkbox"/> Tous																																																																																												
DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT																																																																																												
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.</p>																																																																																												
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) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																												
Des lentilles sont-elles requises en raison d'un problème médical / d'une maladie ? (Le prescripteur doit remplir cette partie.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																												
Dans l'affirmative, précisez le problème médical / la maladie : _____																																																																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">Description du service</th> <th style="width:20%;">Date du service JJ/MM/AAAA <i>(Le paiement intégral reçue)</i></th> <th style="width:20%;">Frais exigibles <i>(séparés, selon la description des garanties)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Examen de la vue</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Monture</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lentille droite</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>gauche</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Teinte</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Protection UV</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Couche anti-reflet</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lunettes de soleil plano</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Verre de contact droit</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>gauche</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>* Autre</td><td></td><td></td></tr> <tr><td align="right" colspan="2">TOTAL</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>* Explication de Autre : _____</p> <p>Lentille droite : <input type="checkbox"/> foyer simple <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</p> <p>Lentille gauche : <input type="checkbox"/> foyer simple <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</p>	Description du service	Date du service JJ/MM/AAAA <i>(Le paiement intégral reçue)</i>	Frais exigibles <i>(séparés, selon la description des garanties)</i>	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			<p>Détails de l'ordonnance</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SPHÈRE</th> <th>CYLINDRE</th> <th>AXE</th> <th>PRISME</th> <th>BASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DROIT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GAUCHE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>A J O U T</td> <td>D</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Double foyer</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>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).]</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SPHÈRE</th> <th>CYLINDRE</th> <th>AXE</th> <th>PRISME</th> <th>BASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DROIT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GAUCHE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>A J O U T</td> <td>D</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Double foyer</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE	DROIT						GAUCHE						A J O U T	D			Double foyer	<input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST	G			SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE	DROIT						GAUCHE						A J O U T	D			Double foyer	<input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST	G	
Description du service	Date du service JJ/MM/AAAA <i>(Le paiement intégral reçue)</i>	Frais exigibles <i>(séparés, selon la description des garanties)</i>																																																																																										
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																																																																																												
	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE																																																																																							
DROIT																																																																																												
GAUCHE																																																																																												
A J O U T	D			Double foyer	<input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST																																																																																							
G																																																																																												
	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE																																																																																							
DROIT																																																																																												
GAUCHE																																																																																												
A J O U T	D			Double foyer	<input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> ST																																																																																							
G																																																																																												
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