

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____ Numéro d'assurance maladie provinciale (s'applique seulement aux résidents de la C.-B. et de la Sask.) : _____
 Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
 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(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) : _____ N° d'ID : _____
Type de police (✓) : Individuelle Collective Date d'effet : _____ N° de police : _____
Veuillez préciser le type de protection (✓): Hospitalisation Protection-voyage Soins de santé complémentaires
 Soins dentaires Soins de la vue Médicaments **Tous**

CHOIX DU COMPTE GESTION-SANTÉ / COMPTE STYLE DE VIE

Toutes les demandes de règlement seront d'abord traitées en vertu de votre régime de base.

Souhaitez-vous que la portion non payée de votre demande de règlement soit traitée au moyen de votre compte Gestion-santé? Oui Non
 Souhaitez-vous que la portion non payée de votre demande de règlement soit traitée au moyen de votre compte Style de vie? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

	Nom du (de la) requérant(e)		Lien avec l'adhérent(e) conjoint(e), enfant	Date de naissance			Type de service ex. : physiothérapie, fournitures pour diabétiques, lunettes, etc.	Numéro d'identification du médicament (DIN) (si applicable)	Date de service			Montant payé
	prénom	nom de famille		jour	mois	année			jour	mois	année	
1												
2												
3												
4												
5												
6												

MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT(E)

Je comprends que les renseignements personnels fournis, ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie, peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de mon régime duquel je suis adhérent(e) ou personne à charge, pour me recommander des produits ou services, et pour gérer les affaires de mon régime avec Croix Bleue. Pour les raisons susmentionnées, des renseignements personnels limités peuvent être obtenus d'une tierce partie ou divulgués par cette dernière. Ces tierces parties peuvent comprendre une autre société Croix Bleue, un médecin agréé, un professionnel ou un établissement de santé, un fournisseur d'assurance vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, l'adhérent(e) de tout régime duquel je suis une personne à charge ou une autre tierce partie.

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 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 mon régime Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.**

Toutes les dépenses médicales doivent être soumises à mon régime provincial ou collectif avant qu'un paiement puisse être effectué à partir d'un Produit de gestion de santé. Je confirme que les garanties en vertu du régime, tout programme gouvernemental ou autre régime collectif (par ex. : protection d'un(e) conjoint(e) ou partenaire) ont été évaluées.

Je comprends que s'il devait y avoir des conséquences fiscales à la suite du remboursement de ces dépenses, je suis responsable de m'acquitter du paiement de la somme demandée. Si le règlement est demandé pour une personne à charge non assurée en vertu de ma police de protection des soins de santé et des soins dentaires, je, le (la) soussigné(e), atteste que cette personne à charge est admissible en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada en tant que personne à charge.

Signature de l'adhérent(e) _____ Date _____

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

ADRESSES

Canada atlantique C.P. 220 644, rue Main Moncton NB E1C 8L3	Québec 550, rue Sherbrooke Ouest C.P. 3300, Succ B Montreal QC H3B 4Y5	Ontario C.P. 2000 185, The West Mall Bureau 1200 Etobicoke ON M9C 5P1	Manitoba C.P. 1046 Winnipeg MB R3C 2X7	Saskatchewan C.P. 4030 516, 2 ^e Avenue nord Saskatoon SK S7K 3T2	Alberta 10009 - 108 ^e rue N.-O. Edmonton AB T5J 3C5	Colombie- Britannique C.P. 7000 Vancouver BC V6B 4E1
---	--	--	---	---	---	---

Chaque société Croix Bleue est un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.

POUR TOUTE INFORMATION : 1-888-873-9200

- * Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé.
- * Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral ou l'explication du paiement de l'assureur primaire ainsi que des photocopies des reçus.
- * Les reçus pour médicaments sur ordonnance doivent comprendre les renseignements suivants : le nom du médicament, sa concentration et la quantité prescrite; le numéro d'identification du médicament (DIN); le numéro d'ordonnance (RX); et le nom du (de la) client(e).
- * Les reçus originaux ne seront pas retournés.
- * Tous les reçus doivent préciser : le nom du fournisseur; le produit / service rendu; et le numéro de téléphone du fournisseur.