

**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

**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	Appliquer solde non payé au CGS (vérifier pour chaque dépense)	
	prénom	nom de famille		jour	mois	année			jour	mois	année		OUI	NON
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
<b>MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT</b>														

**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 compte Gestion-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**

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