DEMANDE DE RÈGLEMENT
CONSEILS SANTÉ ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Numéro d'identification : _____ 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? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la signature de l'adhérent est requise pour validation : _____

AUTRE RÉGIME

Est-ce que vous ou une personne à votre charge êtes couverts par un autre régime?

☐ Non Le cas échéant, veuillez indiquer la date de résiliation (JJ/MM/AAAA) : _____

☐ Oui **Répondre aux questions qui suivent :**

Nom de l'autre assureur : _____

Nom de l'adhérent : _____

Nº d'ID : _____ Nº de police : _____

Type de police (✓) : ☐ **Individuelle** ☐ **Collective** Date d'effet : _____

Veuillez préciser le type de couverture (✓) :

☐ Hospitalisation ☐ Assurance voyage ☐ Soins de santé complémentaires
☐ Médicaments ☐ Soins de la vue ☐ Soins dentaires ☐ Tous

AUTRE RENSEIGNEMENTS

Le traitement résulte-t-il d'un accident? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, répondre aux questions suivantes :

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

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

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.

DÉTAILS DE LA DEMANDE - À remplir par le fournisseur

Nom du fournisseur : _____ N° du fournisseur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Nom du patient : _____ **Diagnostic :** _____

Date de service			Description des services/produits	Montant
JJ	MM	AAAA		$
RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE : code de garantie 0390 avec sous-code applicable.			**Total des frais :**	$

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 à la personne assurée ainsi que le coût de ces services, et puisse en tirer des extraits ou les photocopier.

Signature du fournisseur : _____ Date : _____

ADRESSES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Canada atlantique
C.P. 220
Moncton NB E1C 8L3
Information : 1-800-667-4511

Québec
C.P. 3300, succ. B
Montréal QC H3B 4Y5
Information : 1-800-667-4511

Ontario
C.P. 2000, succ. A
Etobicoke ON M9C 5P1
Information : 1-800-667-4511

Autres provinces et territoires
C.P. 2318, succ. Main
Edmonton AB T5J 0L8
Information : 1-800-667-4511

* **Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé.** * **Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral.**

MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.
*Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue. † Marque déposée de la Blue Cross Blue Shield Association. La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure toutes les garanties d'assurance vie et invalidité.