

**MEMBER INFORMATION**

ID Number: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_  
 Provincial Health Plan No. (applies only to BC and SK residents): \_\_\_\_\_ Date of Birth (DD/MM/YYYY): \_\_\_\_\_  
 Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Home Telephone No.: ( ) \_\_\_\_\_ Work Telephone No.: ( ) \_\_\_\_\_  
 Has your mailing address changed since your last claim?  Yes  No If yes, signature of member is required for validation: \_\_\_\_\_

**OTHER COVERAGE**

Do you or any of your dependents have coverage under any other plan?  
 No If applicable, please provide the termination date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_  
 Yes **If Yes, complete the following:**  
 Name of other Insurer: \_\_\_\_\_  
 Member Name: \_\_\_\_\_  
 ID Number: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_  
**Type of policy (✓):**  Individual  Group Effective Date: \_\_\_\_\_  
**Please indicate type of coverage (✓):**  
 Hospital  Travel  Extended Health  Drugs  Vision  Dental  All

**OTHER INFORMATION**

Was the treatment the result of an accident?  Yes  No  
**If yes, please complete the following and attach details of the accident.**  
 Was treatment the result of an injury in the workplace?  Yes  No  
 If yes, has Worker's Compensation been advised?  Yes  No

**MEMBER STATEMENT**

I certify that I have not claimed and will not claim these expenses under any other insurance plan (unless indicated above), and that all information contained herein is correct.  
 I hereby authorize the release of any information or records requested in respect to this claim to the insurer or its agents and certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.  
 I understand that the personal information provided herein, as well as any other personal information currently held or collected in the future by my Blue Cross plan may be collected, used, or disclosed to administer and manage the terms of my plan or the group plan of which I am an eligible member or dependent, to recommend suitable products and services to me, and to manage my Blue Cross plan's business. For the purposes listed above, limited personal information may be collected from and/or released to a third party. This third party may include another Blue Cross organization, a licensed physician, health care professional or institution, life and health insurer, government and regulatory authorities, the member of any plan under which I am a dependent or another third party.  
 I understand that my personal information will be kept confidential and secure. I understand that I may revoke my consent at any time, however, in some instances doing so may prevent my Blue Cross plan from providing me with the requested coverage or benefits. I understand why my personal information is needed and I am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent to its disclosure.  
 I authorize my Blue Cross plan to collect, use and disclose my personal information as described above.  
 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 (If under 18 years of age, the signature of the member is required)  
 This consent complies with federal and provincial privacy laws. For additional information regarding your Blue Cross plan's privacy policies, call 1-888-873-9200.

**DETAILS OF CLAIM - To be completed by provider**

Provider Name \_\_\_\_\_ Provider No. \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_  
 Patient Name: \_\_\_\_\_ **Diagnosis:** \_\_\_\_\_

Date of Service			Description of Services/Products	Charges
DD	MM	YYYY		
				\$

FOR INTERNAL USE: Benefit Code 0390 with applicable sub-code. **Total Charges:** \$

The health care provider agrees that any person authorized by Medavie Blue Cross may have access to, take extracts from and make copies of any records pertaining to the services listed above, respecting the provision of services provided to a participant and the cost of those services.  
 Signature of Provider: **X** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ADDRESSES**

<b>Atlantic Canada</b> PO Box 220 644 Main St Moncton NB E1C 8L3	<b>Quebec</b> 550 Sherbrooke West PO Box 3300, Postal Station B Montreal QC H3B 4Y5	<b>Ontario</b> PO Box 2000 185 The West Mall Suite 1200 Etobicoke ON M9C 5P1	<b>Manitoba</b> PO Box 1046 Winnipeg MB R3C 2X7	<b>Saskatchewan</b> PO Box 4030 516 2nd Avenue N Saskatoon SK S7K 3T2	<b>Alberta</b> 10009 - 108th St NW Edmonton AB T5J 3C5	<b>British Columbia</b> PO Box 7000 Vancouver BC V6B 4E1
---	---	--	---	--	--	--

\* Each plan is an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

**INQUIRIES: 1-888-873-9200**

\* Please ensure all areas are complete. Incomplete information may delay processing.  
 \* Please attach all original paid-in-full receipts.

® Registered trademark of the Canadian Association of Blue Cross Plans, an association of independent Blue Cross Plans.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

Numéro d'ID : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 N° du régime provincial d'assurance-maladie (s'applique seulement aux résidents de la C.-B. et de la Sask.) : \_\_\_\_\_ 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 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 : \_\_\_\_\_  
**Veuillez préciser le type de couverture (✓) :**  
 Hôpital  Protection-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(E)

J'atteste que je n'ai soumise 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.

## 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 Charges:** \_\_\_\_\_ \$

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 : **X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## 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.  
® Marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association des sociétés Croix Bleue indépendantes. FORM-846(F) 10/14