

VEUILLEZ JOINDRE LES REÇUS ORIGINAUX DU PAIEMENT INTÉGRAL ET L'EXPLICATION DES GARANTIES DE TOUT AUTRE ASSUREUR POUR TOUS LES SERVICES RENDUS.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT**

 N° d'identification : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone (jour) : \_\_\_\_\_

**AUTRE COUVERTURE**

 Est-ce qu'une de vos personnes à charge a une couverture des soins de la vue en vertu d'un autre régime?  
 **Non** Si applicable, veuillez indiquer la date de résiliation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 **Oui Répondre aux questions suivantes** : Nom de l'autre assureur : \_\_\_\_\_  
 Nom du titulaire de police : \_\_\_\_\_ N° d'identification : \_\_\_\_\_  
**Type de police (✓) :**  Individuelle  Collective Date d'effet : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS DE LA VUE - À remplir par le fournisseur**

 Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_ N° du fournisseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Détails du service	Code	Frais
Examen de la vue (Optométriste seulement)	A00001	
Exécution - Lentilles unifocales	B00081	
Exécution - Lentilles bifocales	B00082	
Exécution - Monture	B00090	
Matériaux – Monture et étui	D00041	
Matériaux - Lentilles	D00046	
<b>TOTAL</b>		

**Détails de l'ordonnance**

	SPHÈRE	CYLND.	AXE	PRISME	BASE
DROITE					
GAUCHE					
A D J O U T					

Double foyer  Rond  ST

Lentille droite :	
<input type="checkbox"/> Unifocale	<input type="checkbox"/> Bifocale
<input type="checkbox"/> Multifocale	<input type="checkbox"/> Progressif
<input type="checkbox"/> Sphérique	<input type="checkbox"/> Composé
<input type="checkbox"/> Fort indice	<input type="checkbox"/> Polycarbonate
<input type="checkbox"/> Asphérique	<input type="checkbox"/> Prisme compensateur

Lentille gauche :	
<input type="checkbox"/> Unifocale	<input type="checkbox"/> Bifocale
<input type="checkbox"/> Multifocale	<input type="checkbox"/> Progressif
<input type="checkbox"/> Sphérique	<input type="checkbox"/> Composé
<input type="checkbox"/> Fort indice	<input type="checkbox"/> Polycarbonate
<input type="checkbox"/> Asphérique	<input type="checkbox"/> Prisme compensateur

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 : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT**

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 couverture dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tierces parties comprennent les autres Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, l'adhérent de toute police en vertu de laquelle je suis assuré ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police dont je suis un membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et en sûreté. Il est entendu que je peux retirer mon consentement à tout moment. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir la couverture requise. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit ci-dessus.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

 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 [cmedavie.ca](http://cmedavie.ca) ou téléphoner au 1-800-667-4511.

Le programme Des beaux sourires et une bonne vision est administré par Croix Bleue Medavie au nom du gouvernement du Nouveau-Brunswick.