Demande de règlement par le fournisseur

CROIX BLEUE MEDAVIE

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'ID : _____ 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 vos personnes à charge avez un autre régime? ☐ Oui ☐ Non

☐ **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 : _____ N° d'ID : _____

Type de police (✓) : ☐ **Individuelle** ☐ **Collective**

Date d'effet : _____ N° de police : _____

Veuillez préciser le type de couverture (✓): ☐ Hospitalisation ☐ Assurance voyage ☐ CGS ☐ Soins de santé complémentaires ☐ Soins dentaires ☐ Soins de la vue ☐ Médicaments ☐ **Tous**

AUTRES RENSEIGNEMENTS

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

Dans l'affirmative, répondre aux questions suivantes :

1. Le traitement résulte-t-il d'un accident d'automobile? ☐ Oui ☐ Non
2. 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

J'atteste que je n'ai soumis aucune demande de règlement et que je ne soumettrai aucune demande de règlement à un 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 tout fournisseur de soins de santé à divulguer à Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada (Croix Bleue Vie) toute information qui est liée ou qui appuie les demandes de règlement soumises de ma part et j'atteste qu'à ma connaissance, information donnée est véridique et complète.

Je comprends que les renseignements personnels fournis, ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis à l'avenir par Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie, peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de la police collective en vertu de laquelle je suis un adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie. Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance soins de santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, les adhérents de tout régime dont je suis une personne assurée et d'autres tierces parties au besoin pour administrer les garanties décrites dans la police en vertu de laquelle je suis un adhérent admissible.

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 Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie. 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 Medavie ou Croix Bleue Vie à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature **X** _____ 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. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques en matière de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie, veuillez visiter le www.cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

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/description du problème ou des symptômes : _____

☐ Recommandation écrite du médecin Date de RX : _____ Nom du médecin : _____

☐ Le patient n'a pas de médecin ☐ Sans recommandation

Date de service			Choisir le type de fournisseur (X)				Description des services/produits	Endroit où les services ont été rendus (domicile, hôpital, clinique, autre)	Code d'avantage * (le cas échéant)	Montant
JJ	MM	AAAA	Chiropraticien	Physiothérapeute	Massothérapeute	Autre (précisez)				
			☐	☐	☐					$
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
			☐	☐	☐					
									Montant total :	$

*Veuillez consulter le tableau des avantages de Croix Bleue Medavie

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 l'adhérent ainsi que le coût de ces services, et puisse en tirer des extraits ou les photocopier.

Signature du fournisseur : **X** _____ 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.**

* **Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral**

FORM.398F 10/22 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.