CROIX BLEUE MEDAVIE
644, RUE MAIN C.P. 220 MONCTON NB E1C 8L3
POUR INFORMATION : 1-800-667-4511

PROGRAMME DES ÉLÈVES INTERNATIONAUX NOUVEAU-BRUNSWICK

DEMANDE DE RÈGLEMENT PROGRAMME DES ÉLÈVES INTERNATIONAUX - NOUVEAU-BRUNSWICK

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT (Veuillez fournir une addresse de résidence au Nouveau-Brunswick)

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : 11025 Établissement d'enseignement : _____

Étudiant : Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville: _____ Prov: _____ Postal Code: _____

Téléphone : (_____)_____ courriel : _____

Famille d'accueil : Nom de famille : _____ First Name: _____

AUTRE INFORMATION INFORMATION

La demande de règlement est-elle présentée à la suite d'un accident? ❑ **Oui** ❑ **Non** **Si la réponse est non, passez à la prochaine section.**

Si la réponse est oui, remplissez la section suivante :

Est-ce que l'accident était un accident d'automobile Did the accident happen as a result of an automobile accident? ❑ Oui ❑ Non

Si la réponse est oui, remplissez la section suivante :

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Brève description de l'accident : _____

Les blessures ont-elles été causées en totalité ou en partie par la faute d'une autre partie? ❑ Oui ❑ Non

Si la réponse est oui, répondez aux questions suivantes :

Est-ce qu'une requête a été présentée pour obtenir réparation de la part de la personne responsable? ❑ Oui ❑ Non

Si la réponse est non, avez-vous l'intention de déposer une requête contre la personne responsable? ❑ Oui ❑ Non

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre avocat : _____

DÉTAILS DE LA DEMANDE - À remplir par le fournisseur

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

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

Nom du patient : _____ Date de naissance (||/MM/AAAA) : _____

Date de service			Type de service	Nom du prescipteur / recommandeur	Code de service provincial (le cas échéant)	Charges
||	MM	AAAA				
					Montant total :	

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 : _____ Date : _____

CESSION DE PAIEMENT

Par la présente, je cède au fournisseur ci-nommé le remboursement de la présente demande de règlement et j'autorise Croix Bleue Medavie à l'envoyer directement à son bureau. Je comprends que les frais inscrits sur la présente demande de règlement pourraient ne pas être couverts en entier ou en partie par mon régime d'assurance. Je comprends qu'il me revient de payer le service au complet.

Signature du patient / hôte / gardien : X_____ Date : _____

DÉCLARATION DU PATIENT (HÔTE/TUTEUR)

J'autorise le fournisseur susmentionné à communiquer à Croix Bleue Medavie tout renseignement médical relatif à ma personne ou à mes personnes à charge pour ce qui est des demandes de règlement présentées par nous, ou en notre nom, à Croix Bleue Medavie. Je confirme que les services listés m'ont été rendus, et que Croix Bleue Medavie peut obtenir toute information sur ces services ou tout document d'appui à cette information, à des fins de vérification.

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 la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, 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 membre admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection 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, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, les membres de tout régime dont je suis une personne à charge et d'autres tierces parties au besoin pour administrer les garanties décrites dans la police en vertu de laquelle je suis un membre 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. 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 à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature du patient / hôte / gardien : X_____ Date : _____

(Si moins de 18 ans, la signature de l'hôte / gardien 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, veuillez visiter le www.medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-667-4511.

N'oubliez pas d'inclure les factures et les reçus originaux, s'il y a lieu.

Un formulaire de dépôt direct doit être rempli pour les demandes de remboursement.

™ The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.