

* Veuillez vous assurer d'avoir rempli toutes les sections du formulaire et d'avoir joint les documents d'appui requis.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom du (de la) patient(e) : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Je cède par la présente mes prestations pour cette demande de règlement au dit fournisseur et j'autorise le paiement directement à celui-ci.

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 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 sociétés 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, le détenteur de carte de tout contrat dans le cadre duquel je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police collective dont je suis un membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

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

Signature du (de la) patient(e) : _____ Date : _____
(Si le [la] patient[e] a moins de 18 ans, la signature de l'adhérent / parent / tuteur est requise.)

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 www.medavie.croixbleue.ca ou appeler le 1-800-667-4511.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

Nom du fournisseur : _____ Numéro du fournisseur : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

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 ci-dessus au participant ainsi que le coût de ces services, et puisse en tirer des extraits ou les photocopier.

Veillez noter que le symbole dans le coin supérieur droit indique la cession de paiement. Vous pourrez voir ce symbole sur les cartes des adhérents qui ont l'option de céder le paiement de leurs prestations.

Total des frais pour les produits et services reçus : _____ \$ (les factures doivent être annexées)

Signature du fournisseur : _____ Date : _____

ADRESSES DES CROIX BLEUE MEDAVIE**Nouveau-Brunswick
et de l'Île-du-Prince-Édouard**
644, rue Main, C.P. 220
Moncton NB E1C 8L3
Information : 1-800-667-4511**Ontario**
185, The West Mall
Bureau 1200
Etobicoke ON M9C 5P1
Information : 1-800-355-9133**Québec**
C.P. 3300
Succursale B
Montréal, QC H3B 4Y5
Information : 1-888-588-1212**Nouvelle-Écosse**
C.P. 2200
Halifax NS B3J 3C6
Lieu : 230, av. Brownlow, Dartmouth
Information : 1-800-667-4511**Terre-Neuve-et-Labrador**
Viking Building
136, rue Crosbie, bureau 204
St. John's TNL A1B 3K3
Information : 1-800-667-4511

* Please ensure all areas of this form are complete, and supporting documents are attached.

MEMBER INFORMATION

ID Number: _____ Policy Number: _____
 Member Name: _____ Telephone Number: _____
 Address: _____
 City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
 Patient Name: _____ Date of Birth (DD/MM/YYYY): _____

MEMBER STATEMENT

I hereby assign my benefits payable from this claim to the named provider and authorize payment directly to him/her.

I understand that the personal information provided herein, as well as any other personal information currently held or collected in the future by Medavie Blue Cross and/or Blue Cross Life Insurance Company of Canada, may be collected, used or disclosed to administer the terms of my policy or the group policy of which I am an eligible member, to recommend suitable products and services to me and to manage Blue Cross's business. Depending on the type of coverage I carry, limited personal information may be collected from and/or released to a third party. These third parties include other Blue Cross organizations, health care professionals or institutions, life and health insurers, government and regulatory authorities, the member of any policy under which I am a participant and other third parties when required to administer and manage the benefits outlined in the policy of which I am an eligible member.

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 Blue Cross 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 Medavie Blue Cross to collect, use and disclose my personal information as described above.

Signature of Patient: _____ Date: _____
 (if under 18 years of age, the signature of member/parent/legal guardian is required)

This consent complies with federal and provincial privacy laws. For additional information regarding privacy policies at Medavie Blue Cross, visit www.medavie.bluecross.ca or call 1-800-667-4511.

PROVIDER INFORMATION

Provider Name: _____ Provider Number: _____
 Address: _____
 City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
 Telephone Number: _____

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.

Please Note: The symbol in the upper right hand corner indicates payment assignment. You will see this symbol on cards of members where assignment is an option.

Total fee for the product(s) or service(s) received: \$ _____ (invoices must be attached)

Signature of Provider: _____ Date: _____

MEDAVIE BLUE CROSS ADDRESSES

New Brunswick and Prince Edward Island 644 Main St PO Box 220 Moncton NB E1C 8L3 Inquiries: 1-800-667-4511	Ontario 185 The West Mall Suite 1200 Etobicoke ON M9C 5P1 Inquiries: 1-800-355-9133	Quebec PO Box 3300 Succursale B Montreal, QC H3B 4Y5 Inquiries: 1-888-588-1212	Nova Scotia PO Box 2200 Halifax NS B3J 3C6 Site: 230 Brownlow Ave, Dartmouth Inquiries: 1-800-667-4511	Newfoundland and Labrador Viking Building 136 Crosbie Road, Suite 204 St. John's NL A1B 3K3 Inquiries: 1-800-667-4511
--	--	---	---	--

