



DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DE LA VUE

Veillez écrire en lettres moulées. N'utilisez le présent formulaire que pour effectuer une demande de règlement pour les soins de la vue. Votre régime rembourse le coût relié aux verres et montures pour des lunettes, verres de contact et chirurgie de l'oeil au laser, jusqu'à concurrence du montant maximum remboursable et du nombre de visite alloué selon les termes du régime de votre entreprise. **Tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels.**

- L'employé doit compléter les sections A et B. Veuillez répondre à TOUTES les questions sur cette demande.
- Les sections C et D sont facultatives et ne doivent être complétées par l'employé qui désire que les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement soient versées directement au fournisseur des services.
- **Veillez nous faire parvenir le reçu détaillé original, sauf si l'employé a complété la section C.** Dans le cas des indemnités cédés, le formulaire dûment complété suffit.
- Faites parvenir votre demande de règlement au Centre de service à l'adresse suivante : **Régime d'assurance collective des Chambres de commerce**
582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1
- Assureur : Desjardins Sécurité financière

A. RENSEIGNEMENT SUR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ Prénom(s) de l'employé _____

Adresse postale complète de l'employé _____

Nom du patient (s'il diffère de celui de l'employé) _____ **Prénom(s) du patient** _____

Date de naissance du patient (J/M/A) _____

La demande porte-t-elle sur un enfant à charge de plus de 21 ans? Oui Non Si « Oui », précisez le nom de l'enfant : _____

L'enfant : a une incapacité physique/mentale est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'école suivante : (Nom de l'établissement d'enseignement) _____

B. DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

- Les soins de la vue ont été prescrits par un :
 Ophtalmologue Optométriste Médecin
- L'achat a été effectué le (J/M/A) _____
- Le montant total de l'achat est de _____ \$
- Avez-vous droit à des services ou à des prestations en vertu d'une autre assurance pour soins de la vue? Oui Non
- Si vous répondez « OUI » à la question n° 4, veuillez répondre aux questions suivantes.
Nom du membre de la famille qui est assuré _____
Numéro de la police _____
Nom et l'adresse de l'assureur _____

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime d'avantages sociaux.

Je certifie que les réponses ci-dessus sont, pour autant que je sache, complètes et entières, et que les reçus ci-joints constituent une demande de règlement des frais engagés pour les soins rendus à moi et/ou aux membres admissibles de ma famille. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détient l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement de prestations, le cas échéant. J'autorise, par la présente, le Régime des Chambres de commerce, ses courtiers et ses fournisseurs de service, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute autre compagnie d'assurance, tout organisme ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec le Régime des Chambres de commerce et ses compagnies d'assurance à échanger les renseignements, au besoin aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé _____ Date _____

C. CESSION DES INDEMNITÉS

Complétez cette partie **seulement** si vous désirez que les indemnités payables soient versées directement au fournisseur des services. **(Le fournisseur doit compléter la section D.)**

Je cède au fournisseur nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. Il est possible que les frais indiqués sur cette formule ne soient pas remboursables par mon assurance ou qu'ils ne soient remboursables qu'en partie. Je reconnais donc qu'il m'incombe de voir au remboursement intégral des frais engagés auprès du fournisseur susnommé.

Nom du fournisseur _____

Signature de l'employé _____ Adresse postale _____

D. RAPPORT DU FOURNISSEUR DES SERVICES

- Date du service (J/M/A) _____
- Détail des frais

Monture	_____ \$	3. Genre de lentilles	Oeil gauche	Oeil droit
Verre droit	_____ \$	Verre ordinaire	_____	_____
Verre gauche	_____ \$	Unifocales	_____	_____
Autres	_____ \$	Bifocales	_____	_____
TOTAL	_____ \$	Trifocales	_____	_____
		Contact	_____	_____

4. Précisez la nature des frais figurant à la rubrique « Autres » ci-dessus et indiquez-en les montants détaillés. _____

5. Lorsqu'il s'agit de verres teintés, précisez la teinte. _____

6. Quelle est la nature de la déficience visuelle du patient? _____

7. Donnez le nom de l'optométriste ou de l'ophtalmologue qui a rédigé l'ordonnance. _____

8. Je suis dûment diplômé et reconnu comme Ophtalmologue Optométriste Opticien et je certifie, par la présente, que les services ci-dessus sont exacts et représentent ceux rendus au patient susnommé.

Signature du fournisseur _____ Date _____ N° de téléphone _____

Adresse _____