

- * Veuillez vous assurer que tous les champs sont remplis. Les informations incomplètes peuvent retarder le traitement.
- * Veuillez joindre tous les reçus de paiement intégral originaux.
- * Les reçus pour médicaments sur ordonnance doivent indiquer le nom, le dosage et la quantité du médicament, le numéro d'identification du médicament (DIN), le numéro d'ordonnance et le nom du patient.
- * Tous les reçus doivent indiquer le nom du fournisseur, le produit/service fourni et le numéro de téléphone du fournisseur.

Remarque : le remboursement sera effectué conformément au tableau des avantages de la GRC disponible au www.medavie.croixbleue.ca/MonInfo.

Renseignements sur le membre

Numéro d'identification médical _____ Date de naissance _____ JJ MM AAAA _____
 Nom de famille _____ Prénom _____
 Adresse au travail _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Numéro de téléphone au travail _____

Autres renseignements

Le traitement était-il pour des services hospitaliers/médicaux reçus à l'extérieur de la province/du territoire? Oui Non
 Dans l'affirmative, est-ce que les services hospitaliers/médicaux à l'extérieur de la province/du territoire ont été reçus alors que le membre était en service?..... Oui Non
 Est-ce que le traitement d'urgence a été fourni à l'extérieur du Canada? Oui Non
 Est-ce que le traitement reçu était nécessaire en raison d'une blessure ou d'une maladie liée aux tâches de travail? Oui Non
 S'agit-il d'un soin de santé complémentaire (SSC)?..... Oui Non
 Dans l'affirmative, est-ce qu'une autorisation était requise? Oui Non
 Dans l'affirmative, donner le numéro d'autorisation. _____
 S'agit-il d'un soin de santé lié au travail *?..... Oui Non
 Dans l'affirmative, donner le numéro d'autorisation. _____

*Veuillez communiquer avec votre bureau des SSST de division si vous avez besoin d'une autorisation pour des soins de santé liés au travail.

Est-ce qu'un assureur tiers a accepté de payer pour le traitement?..... Oui Non

Agents de liaison SEULEMENT

Est-ce que le traitement non urgent (Soins de santé de base (SSB)/SSC) a été reçu à l'extérieur du Canada?..... Oui Non

Renseignements sur la demande de remboursement

Date de service JJ / MM / AAAA	Type de service p. ex., podiatrie, fournitures pour diabétiques, lunettes, etc.	Quantité	Montant payé
MONTANT TOTAL :			

Attestation

J'atteste que je n'ai pas fait, et que je ne ferai pas, de demande de remboursement pour ces dépenses en vertu d'un autre régime d'assurance et que tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts.

J'autorise par la présente tout fournisseur de soins de santé à divulguer à Croix Bleue Medavie les renseignements relatifs aux demandes de remboursement soumises en mon nom et je déclare que les renseignements fournis sont, autant que je sache, véridiques, exacts et complets.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les avantages de soins de santé complémentaires et de soins de santé liés au travail de la GRC pour lesquels je suis un membre admissible.

Je comprends que la *Loi sur la protection des renseignements personnels* protège mes renseignements contre la divulgation non autorisée.

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 le remboursement demandé. 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 tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signature _____ Date _____

Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour en savoir plus sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.medavie.croixbleue.ca/MonInfo ou composez le 1-888-261-4033.

Envoyer à :

Croix Bleue Medavie, C.P. 6700, Moncton (N.-B.) E1C 0T8

Instructions

Renseignements sur le membre

- Votre numéro d'identification de santé est inscrit sur votre carte Croix Bleue Medavie.
- Veuillez indiquer votre adresse et votre numéro de téléphone au travail **SEULEMENT**.

Autres renseignements – Veuillez fournir tous les renseignements requis.

- Un avantage lié aux soins de santé complémentaires est un produit ou un service requis au besoin et qui n'est habituellement pas couvert par les régimes d'assurance-maladie de la province ou du territoire. Il inclut les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires, les soins de la vue, la physiothérapie, etc. Une autorisation peut être exigée avant de bénéficier du produit ou du service. Vous pouvez vérifier si une autorisation ou une recommandation est exigée sur le Portail des membres au www.medavie.croixbleue.ca/MonInfo.
- Un avantage lié aux soins de santé au travail est un produit ou un service requis lorsqu'un membre admissible devient inapte à remplir ses fonctions en raison d'une blessure ou d'une maladie. Ces dernières nécessitent des traitements allant au-delà des limites de ce qu'offrent les programmes d'avantages de soins de santé de la Gendarmerie royale du Canada, afin que le membre demeure ou redevienne apte à remplir ses fonctions. Une autorisation est exigée pour **TOUS** les produits et services. Veuillez communiquer avec le bureau des services de santé et de sécurité au travail (SSST) de votre division afin d'obtenir une autorisation pour un avantage lié aux soins de santé au travail.
- Pour accélérer l'analyse de la demande de remboursement :
 - o Si vous avez reçu un numéro d'autorisation du bureau des services de santé et de sécurité au travail (SSST) de votre division pour un avantage lié aux soins de santé complémentaires ou aux soins de santé au travail, veuillez l'inscrire sur le formulaire de demande de remboursement.
 - o Si la recommandation d'un médecin est exigée pour bénéficier d'un avantage lié aux soins de santé complémentaire ou aux soins de santé au travail, veuillez fournir le document original lorsque vous soumettez votre demande de remboursement et une **copie valide** avec les demandes de remboursement subséquentes.
 - o Veuillez vérifier si le produit ou le service pour lequel vous faites une demande de remboursement a un montant maximum de remboursement. Votre demande de remboursement sera traitée en fonction du montant maximum indiqué dans le tableau des avantages de la GRC. Vous pouvez consulter le tableau des avantages de la GRC sur le Portail des membres à www.medavie.croixbleue.ca/MonInfo.
- **L'assurance de responsabilité civile** signifie l'achat d'une assurance d'un assureur par l'assuré afin de protéger ce dernier contre la réclamation d'une autre partie (p. ex., les compagnies d'assurance maladie et automobile).
- Pour les agents de liaison **SEULEMENT** : Indiquez si le produit ou le service non urgent a été obtenu à l'extérieur du Canada ou du pays d'affectation. Les produits et services non urgents incluent les soins de santé de base et les soins de santé complémentaires.

Renseignements sur la demande de remboursement

- Veuillez entrer la date et la description de tous les produits et services, ainsi que le montant total faisant l'objet de la demande de remboursement.
- Veuillez joindre tous les reçus originaux pour toutes les dépenses et **conserver des copies pour vos dossiers, puisqu'ils ne vous seront pas retournés**.

Les renseignements ci-dessous doivent être indiqués sur chaque reçu original :

- o prénom et nom du membre qui a obtenu le produit ou le service;
- o date à laquelle le produit ou le service a été obtenu;
- o description du produit ou du service obtenu;
- o nom, adresse et information sur l'enregistrement du fournisseur (le cas échéant);
- o montant payé.

Attestation

- Votre signature est obligatoire. Tous les formulaires qui ne sont pas signés seront retournés à l'adresse au travail du membre qui est indiquée sur le formulaire de demande de remboursement.
- Veuillez joindre toutes les factures/recommandations avec le formulaire de demande de remboursement.