

DEMANDE DE RÉGLEMENT POUR SOINS OCCULAIRES

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE À:
 BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED
 38 Solutions Drive, Suite 100
 Ravine Centre Two
 Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:
 BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

Section à remplir par le membre

Nom de la compagnie				N° du local	
Nom du membre			N° D'identification		Date de naissance Jour Mois Année
Adresse du membre				N° du téléphone ()	
N° et rue		Ville	Province	Code Postal	
Depuis votre dernière demande de règlement, est-ce que ceci est un changement d'adresse? OUI () NON (). Si oui, s'il vous plaît, veuillez nous aviser de la date effective du changement d'adresse JJ / MM / AA					
Si vous réclamez pour une personne à charge, donnez le nom de la personne			Lien de parenté	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Jour Mois Année
AVEZ-VOUS UNE AUTRE ASSURANCE DE SOINS OCCULAIRES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR					
NOM DE L'ASSUREUR		N° DU GROUPE	N° DE LA POLICE	NOM DE L'EMPLOYEUR	
SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE Jour Mois Année					

Section à remplir par le fournisseur

Prescrit par <input type="checkbox"/> Ophthalmologue <input type="checkbox"/> Optométriste						Nom du patient _____							
Détails de la prescription						Est-ce un changement de prescription? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Base	Hauteur seg.							
D						Monture et couleur							
G						Dimensions de l'oeil							
AJOUT	D	Teinte (indiquer couleur et le n°)		Type de double foyer	Type de triple foyer	Fabricant ou fournisseur							
	G	1	2										
<input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Durci à la chaleur <input type="checkbox"/> Durci chimiquement						Détails de frais supplémentaires: (par ex. surdimensions, gris photosensible, étui, etc.)							
Renseignements additionnels au sujet de complications, etc. _____ _____						Transférer dans Divers ci-dessous:							
												Montant:	
						Divers:						1. _____ \$ _____	
												2. _____ \$ _____	
												3. _____ \$ _____	
						4. _____ \$ _____							

Fournisseur			Jour Mois Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Frais	
Date du service						
Nom						
Adresse						
Ville		Prov.	N° de téléphone			
Code Postal <input type="text"/> <input type="text"/>						
<input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Opticien						
Signature _____						
VEUILLEZ ANNEXER LE REÇU PORTANT LA MENTION PAYÉ						

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérifications ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature du membre _____ Date (JJ / MM / AA) _____

LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS.