

Nouvelle demande  
 Modification (Veuillez indiquer les changements à apporter dans la section correspondante.)

# De beaux sourires et une bonne vision Prestation pour les soins de la vue pour enfants de quatre ans Demande d'adhésion

## ? Comment nous joindre

Veuillez poster ou télécopier la demande à :  
 De beaux sourires et une bonne vision  
 Prestation pour les soins de la vue pour enfants de quatre ans  
 644, rue Main, C.P. 220 Moncton, (N.-B.) E1C 8L3  
 Télécopieur : 506-867-4651

**Renseignements**  
 Numéro de téléphone : 506-867-6026  
 Numéro sans frais : 1-855-839-9229

## ? Information

La *Prestation pour les soins de la vue pour enfants de quatre ans* du programme *De beaux sourires et une bonne vision* offre une couverture pour certains **soins de la vue** aux enfants de quatre ans. Elle couvre un examen de la vue majeur et une paire de lentilles correctives, au besoin. (La couverture est équivalente à celle du programme *De beaux sourires et une bonne vision*.)

## ? Admissibilité

Pour être admissible, l'enfant doit :  
 - résider actuellement au Nouveau-Brunswick;  
 - être âgé de quatre ans; et  
 - ne pas être déjà inscrit au programme *De beaux sourires et une bonne vision*.

**Documents à produire :**  
 - copie de la carte d'assurance-maladie du N.-B. pour chaque enfant

## 1 Renseignements sur le parent ou tuteur (en lettres moulées)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième nom : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ **Résidence** - Résidez-vous au Nouveau-Brunswick?  Oui  Non  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_  
 Ville / village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Enfant(s) à charge :** Énumérez tous les enfants à charge âgés de quatre ans qui résident avec vous. Joignez une copie de la carte d'assurance-maladie du N.-B. pour chaque enfant indiqué. (Si vous manquez d'espace, veuillez poursuivre sur une feuille à part que vous annexerez à la présente demande).

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jour/mois/année)	Genre (M ou F)	Numéro d'assurance-maladie du N.-B.

## 2 Assurance-maladie

Vos enfants à charge bénéficient-ils actuellement d'une assurance-maladie qui couvre les soins de la vue dans le cadre d'un régime public ou privé?  Oui  Non

Veuillez indiquer tous les titulaires de police :

Titulaire de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Titulaire de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## 3 Déclaration et consentement

J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et véridiques.

Je comprends que des renseignements faux ou incomplets peuvent entraîner un arrêt ou une interruption de prestations.

Je comprends que ces renseignements serviront à établir l'admissibilité aux prestations de soins de la vue dans le cadre du programme et qu'ils seront éventuellement vérifiés par des agents de Croix Bleue Medavie.

J'autorise Croix Bleue Medavie à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande et dans tous les autres documents annexés pour vérifier l'admissibilité à la Prestation pour les soins de la vue pour enfants de quatre ans du programme De beaux sourires et une bonne vision. Mon autorisation s'étend au partage de ces renseignements avec tout autre organisme déterminé par Croix Bleue Medavie de même qu'à la collecte de renseignements auprès de ces organismes.

Nom du parent ou tuteur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_  
 Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_