

## FORMULAIRE- SOINS OPHTALMOLOGIQUES

Nom au complet du participant :	Groupe ou employeur	N° de groupe	N° de certificat
		Date de naissance Jour / Mois / Année	

Adresse du participant au régime	Identification du fournisseur de soins ophtalmologiques
Rue _____ App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone _____ Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Nom _____ Rue _____ Bureau _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

### REEMPLIR CETTE SECTION SI LA DEMANDE EST PRÉSENTÉE POUR UNE PERSONNE À CHARGE

Nom de la personne à charge (nom, prénom)	Date de naissance	Lien de parenté avec le participant au régime						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Jour</td> <td style="width: 33%; border: none;">Mois</td> <td style="width: 33%; border: none;">Année</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année				Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre (décrire) _____
Jour	Mois	Année						

### DÉTAILS DE LA PRESCRIPTION

	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Ajout	
<b>Nouvelle Rx</b>	Oeil droit					<input type="checkbox"/> Prescription initiale <input type="checkbox"/> Lunettes de soleil prescrites <input type="checkbox"/> Double de Rx <input type="checkbox"/> Nouvelle prescription <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/> Remplacement <input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> Lentilles seulement <input type="checkbox"/> Monture seulement <input type="checkbox"/> À la suite d'une cataracte <input type="checkbox"/> Autre : (indiquer les maladies ou les affections médicales) _____
	Oeil gauche					
<b>Ancienne Rx</b>	Oeil droit					
	Oeil gauche					
						Si la demande est présentée pour des lentilles cornéennes : Est-ce que l'acuité visuelle peut être rétablie <input type="checkbox"/> 20/70? <input type="checkbox"/> 20/40? à _____ Les lentilles cornéennes sont-elles médicalement nécessaires en raison d'un kératocône, d'astigmatisme irrégulier, d'aphakie ou d'une courbure irrégulière de la cornée? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</div> L'acuité visuelle peut-elle être améliorée d'au moins deux lignes sur le tableau Snelian par rapport à la meilleure vision possible avec des lunettes? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</div>

### FRAIS D'OPTIQUE (Joindre les récépissés originaux payés intégralement et les répertoire ci-après)

Nature des frais	Date d'engagement des frais Jour/Mois/Année	Montant

1. Existe-t-il d'autres services ou prestations de maladie couverts par une autre assurance collective, un autre régime de soins médicaux, l'indemnisation des accidentés du travail ou un régime gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. Nom de l'autre régime ou agence d'assurance _____	<b>Montant total de la demande</b>												
3. Indiquer le nom du participant à l'autre régime : <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Conjoint														
Nom _____	Date de naissance <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Jour</td> <td style="font-size: 8px;">Mois</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">Année</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							Jour	Mois	Année				N° de groupe _____ N° de certificat _____ N.B. Pour assurer la coordination des prestations, les enfants doivent faire la demande en vertu du régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient en premier dans l'année civile.
Jour	Mois	Année												

Je certifie que les renseignements figurant dans le présent formulaire sont exacts et complets, et que tous les services ainsi que les biens ont été reçus par moi-même, mon(ma) conjoint(e) ou les personnes qui sont à ma charge. Je certifie que je suis autorisé à divulguer et à recevoir les renseignements à propos de mon(ma) conjoint(e) et des personnes qui sont à ma charge, pour des raisons d'évaluation et de paiement d'une prestation, s'il y a lieu. Je reconnais qu'à moins d'être cédés au fournisseur de service, tout remboursement des frais ci-dessus et toute explication desdits montants payés seront fournis au participant du régime de prestations. J'autorise SécurIndemnité, les professionnels en soins de santé, les assureurs, les administrateurs gouvernementaux, tout autre régime de prestations et tout autre fournisseur de service travaillant avec SécurIndemnité, à échanger les renseignements nécessaires en ce qui a trait à la présente demande dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance santé.

Signature du participant au régime \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Envoyer toutes les demandes et les questions à :

**SÉCURINDEMNITE INC.**  
**CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5 1-888-513-4464**