

Demande de remboursement – Programme de soins de la vue pour enfants



Services à la famille Manitoba
 114, rue Garry, bureau 100
 Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4
 Téléphone : 204 948-7368
 Sans frais : 1 877 587-6224
 Courriel : incsup@gov.mb.ca

Directives

- Répondez à toutes les questions de la partie 1 de cette formule.
- Demandez à l'ophtalmologiste ou à l'opticien de remplir et signer la partie 2.
- Faites parvenir la Demande de remboursement remplie **et les reçus pour l'achat des lunettes de votre enfant** par la poste, à l'adresse indiquée ci-dessus, ou par télécopieur.

À noter

- Pour présenter une demande dans le cadre de ce programme, votre famille doit déjà recevoir la Prestation manitobaine pour enfants.
- Vous ne pouvez présenter une demande dans le cadre de ce programme si vous recevez des prestations pour des verres correcteurs dans le cadre d'un autre régime d'assurance.
- Vous devez faire parvenir votre demande dans les **14 mois suivant l'achat des lunettes**.
- Vous ne pouvez pas faire une demande de remboursement pour des lunettes achetées avant le 1^{er} janvier 2012.

Partie 1 – Renseignements sur le demandeur

Nom de famille du parent ou du tuteur	Prénom	Numéro d'assurance sociale		
Adresse (numéro et rue)	Ville ou village	Province	Code postal	
Nom de famille de l'enfant	Prénom	Date de naissance Jour Mois Année		

Protection de la vie privée

Je comprends que les renseignements personnels concernant mon enfant et moi-même sont protégés en vertu de la **Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée** et de la **Loi sur les renseignements médicaux personnels**. Ces renseignements seront utilisés uniquement dans le but de déterminer mon admissibilité au Programme de soins de la vue pour enfants. Ils ne seront pas utilisés à d'autres fins sans mon consentement.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature du demandeur, parent ou tuteur _____ Date _____

Partie 2 – Fournisseur des soins oculaires et renseignements sur l'ordonnance

Détails de l'ordonnance		Raison de l'achat (veuillez cocher)	Coût
Sphère	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	a) Nouvelle ordonnance <input type="checkbox"/>	Lentilles <input type="text"/> \$
Cylindre	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	b) Changement à une ordonnance <input type="checkbox"/>	Montures <input type="text"/> \$
Axe	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	c) Autre (veuillez préciser) <input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser) <input type="text"/> \$
Prism 1	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Base 1	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prism 2	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Base 2	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Addition	D <input type="text"/> G <input type="text"/>	<input type="text"/>	Coût total : <input type="text"/> \$

Je suis légalement qualifié au Manitoba en tant que Ophthalmologiste Optométriste Opticien

Signature du fournisseur _____

Téléphone du fournisseur _____ Date d'achat _____

J'atteste que les soins mentionnés ci-dessus ont été prodigués et que tous les renseignements fournis sur la présente formule sont exacts.