



Toujours là, pour vous.



Aujourd'hui, je veux :

- [Souscrire à un régime d'assurance](#)
- [Trouver un bureau Quick Pay / Paiement express](#)
- [Trouver un formulaire](#)
- [Soumettre une demande de règlement](#)
- [En savoir plus sur ma protection-voyage](#)
- [En savoir plus sur Croix Bleue Medavie](#)

Liens rapides :

- [Localisateur de pharmacies à valeur ajoutée](#)
- [Information pour les fournisseurs](#)
- [Avantage Bleu](#)
- [Ouvrir une session](#)

Tweets

 Follow



Croix Bleue Medavie 1h
@CBMedavie

Quel beau matin! Difficile de croire qu'une tempête hivernale devrait s'abattre sur le #Québec bientôt...

Expand





Produits / Services

Assurance individuelle +

Produits collectifs +

Services en ligne -

Professionnels de la santé +

Adhérents

Administrateurs de régimes collectifs

Agents & Courtiers

Adhérents

Centre de services en ligne / Services aux adhérents

Accédez à l'information complète de votre dossier d'assurance collective dans un environnement sécurisé :

- historique de vos demandes de règlement,
- admissibilité d'un produit ou service particulier et
- inscription en ligne pour le dépôt direct du remboursement de vos demandes de règlement.

[Allez au site sécurisé](#)





Ouvrez une session maintenant

Si vous êtes détenteur d'une carte et que vous vous êtes déjà inscrit en ligne pour avoir accès au site des Services aux adhérents.

ID utilisateur :

Mot de passe :

[Ouvrir session](#)

Vous avez besoin d'aide ?

Déjà inscrit mais vous avez perdu votre ID utilisateur ou mot de passe ?

[ID utilisateur oublié](#)

[Mot de passe oublié](#)

[Première fois – Inscrivez-vous maintenant](#)

Pour les détenteurs de carte qui veulent accéder aux renseignements détaillés sur leur régime d'assurance.

BESOINS TECHNIQUES





Vous n'êtes pas inscrit?
Sélectionnez : « **1re fois -
Inscrivez-vous maintenant** »
et remplissez le formulaire.

Ouvrez une session ma
Si vous êtes détenteur d'
vous vous êtes déjà inscr
avoir accès au site des S
adhérents.

Ouvrir session

en d'aide ?
vous avez perdu votre ID
t de passe ?

ID utilisateur oublié

Mot de passe oublié

Première fois – Inscrivez-vous maintenant

Pour les détenteurs de carte qui veulent accéder aux renseignements détaillés sur leur régime d'assurance.

BESOINS TECHNIQUES



Inscription pour de l'information sur votre protection personnelle



Inscription	
Numéro de contrat :	<input type="text"/>
Numéro d'identification :	<input type="text"/>
Nom de famille :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="Janvier"/> <input type="text"/>
Adresse de courriel :	<input type="text"/>
Retapez l'adresse de courriel :	<input type="text"/>
* ID utilisateur :	<input type="text"/>

*Choisissez un ID utilisateur unique entre 5 et 50 caractères. Ne choisissez pas un ID utilisateur facile à deviner par les autres, comme une date de fête ou un numéro de téléphone.



Numéro de contrat : 0000123456

Identification : 1234560000

Nom : Jane Doe

Bienvenue Jane Doe aux services aux adhérents

Cette application vous permet de :

- ◆ Renseignements détaillés sur les garanties pour soins de santé et soins dentaires
- ◆ Formulaires à imprimer
- ◆ Information dans le profil incluant les personnes à charge, le cas échéant
- ◆ Mettre à jour une adresse
- ◆ Demander une carte d'identification
- ◆ Historique des demandes de règlement et des paiements
- ◆ Soumettre une demande de règlement

Note : Vous êtes entré dans un site protégé. Si le site est inactif pendant plus de 30 minutes, la communication sera interrompue, et vous allez devoir ouvrir une nouvelle session.

Pour visualiser les relevés ci-dessous, il faut se procurer l'utilitaire Acrobat Reader, offert gratuitement sur le site d'Adobe.





Numéro de contrat : 0000000000 Identifiant : 0000000000 Nom : Jean Doe

Exigences visant les demandes de règlement électroniques

Demandes de règlement pour les soins dentaires, les soins infirmiers et l'hospitalisation :

1. Formulaire de demande de règlement du fournisseur dûment rempli
2. Reçu du paiement intégral

Demandes de règlement pour les médicaments sur ordonnance :

1. Reçu remis par votre pharmacie, qui comprend : le nom du patient, le numéro d'ordonnance, le numéro d'identification du médicament (DIN), la quantité achetée et le montant total payé (reçu officiel)

Demandes de règlement pour tous les autres soins de santé :

1. Reçu du paiement intégral
2. Ordonnance du médecin ou du professionnel de la santé pour les fournitures et appareils médicaux

Compte Gestion-santé :

1. Reçu du paiement intégral
2. Un formulaire de demande de règlement du compte de dépenses pour soins de santé dûment rempli
3. Sélectionnez <Oui> pour appliquer le solde impayé de votre demande de règlement à votre CGS
4. Laissez la valeur par défaut <Non> si vous ne souhaitez pas appliquer le solde de votre demande de règlement à votre CGS

Autre couverture:

1. Important: vous devez répondre avec précision aux questions suivantes sur votre autre couverture. En combinant les couvertures, vous pourriez obtenir un remboursement allant jusqu'à 100 %.
2. Si l'une de ces questions s'applique à vous, sélectionnez "oui".
 - Êtes-vous couvert par un autre régime de garanties?

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non



Soumettre une demande de règlement

Nom : Jane Doe

Courriel :

Téléphone : -

Langue : Anglais Français

Appliquer le solde impayé au CGS? Oui Non

Avez-vous une autre protection? Oui Non

Aviez-vous une protection auparavant? Oui Non

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un seul compte bancaire peut être inscrit à votre dossier su

Succursale Banque Compte



Cliquez sur le cheque pour l'agrandir

Joindre le(s) document(s)

Veillez lire et accepter les modalités

En soumettant ma demande de règlement par voie électronique, je conviens de ce qui suit :

Je comprends que ma demande de règlement doit être conforme aux garanties visant les soins de santé et les soins dentaires de mon contrat et que les dépenses inscrites sur ma demande de règlement pourraient ne pas être couvertes ou dépasser les maximums prévus par les garanties. Je comprends que je suis responsable envers mon fournisseur pour la totalité du coût du traitement ou du service.

Ma demande de règlement est un sommaire complet, véridique et précis des dépenses qui m'ont été facturées par mon fournisseur de soins de santé pour les services rendus. Par la présente, j'atteste que je n'ai pas fait, et que je ne ferai pas, de demande de règlement pour ces dépenses en vertu d'un autre régime d'assurance, sauf indication contraire dans la demande de règlement.

J'accepte les modalités

Les champs obligatoires doivent être remplis.



Soumettre une demande de règlement

Nom : Jane Doe

Téléphone : 555 555 - 0255

Courriel : janedoe@email.com

Langue : Anglais Français

Appliquer le solde impayé au CGS? Oui Non
Avez-vous une autre protection? Oui Non
Votre protection a-t-elle changé? Oui Non
Type de police : Individuelle Collective

Nom de l'autre assureur : Assurance ABC

Nom de l'adhérent(e) : Jane Doe

Date d'effet (dd/mm/yyyy) : 20/12/2012

Veillez préciser le type de protection :

Hospitalisation Soins de santé complémentaires Soins Dentaires
 Soins de la vue Médicaments Protection-voyage
 Tous

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un seul compte bancaire peut être inscrit à votre dossier sur le site.

Succursale Banque Compte
12345 670 1234567



Cliquez sur le cheque pour l'agrandir

Joindre le(s) document(s)

Veillez lire et accepter les modalités

En soumettant ma demande de règlement par voie électronique, je conviens de ce qui suit :

Je comprends que ma demande de règlement doit être conforme aux garanties visant les soins de santé et les soins dentaires de mon contrat et que les dépenses inscrites sur ma demande de règlement pourraient ne pas être

Si l'adhérent répond **OUI**,
des champs supplémentaires
s'afficheront et devront être remplis.



20/12/2012

Veillez préciser le type de protection :

- Hôpitalisation
- Soins de santé complémentaires
- Soins Dentaires
- Soins de la vue
- Médicaments
- Protection-voyage
- Tous

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un seul compte bancaire peut être inscrit à votre dossier sur le site.

Succursale **Banque** **Compte**

12345 670 1234567



Cliquez sur le cheque pour l'agrandir

VOTRE NOM
123,RUE MAIN
VILLE (PROVINCE) A1A 0Z0

001

DATE A A A A M M J J

PAYEZ À
L'ORDRE DE

\$

100 DOLLARS

VOTRE INSTITUTION FINANCIERE
123, RUE CENTRALE
VILLE (PROVINCE) 2B2 9Y9

POUR

⑈ 00 1⑈ 1 2345 670 ⑈ 1 23 456 7 ⑈

N° de
succursale

N° de
banque

N° de
compte



20/12/2012

Veillez préciser le type de protection :

- Hôpitalisation Soins de santé complémentaires Soins Dentaires
 Soins de la vue Médicaments Protection-voyage
 Tous

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un s

Succursale

12345

Joindre le

Veillez lire

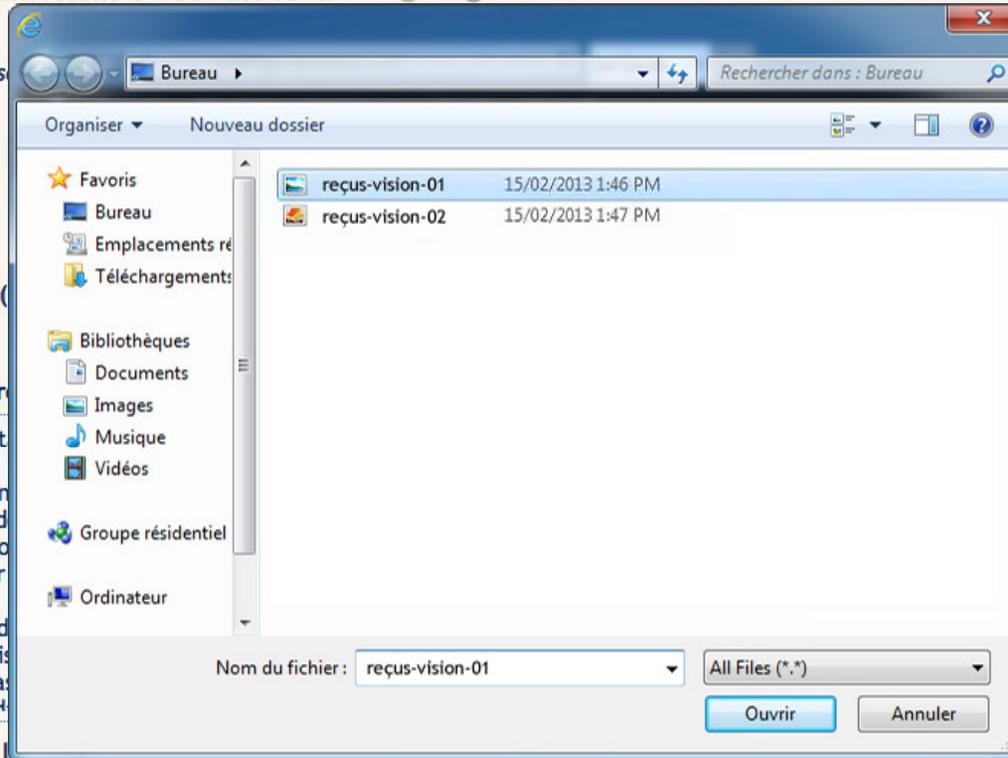
En soumett

Je compren
dentaires d
couvertes o
fournisseur

Ma demand
mon fournis
ne ferai pas
contraire d

J'accepte l

Vider Envoyer



es reçus
ormulaires de
ement ici.

les soins
re
s mon

ées par
et que je
dication

FAQ



20/12/2012

Veillez préciser le type de protection :

- Hôpitalisation Soins de santé complémentaires Soins Dentaires
 Soins de la vue Médicaments Protection-voyage
 Tous

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un se

Succursale

12345

Joindre le(s)

Veillez lire

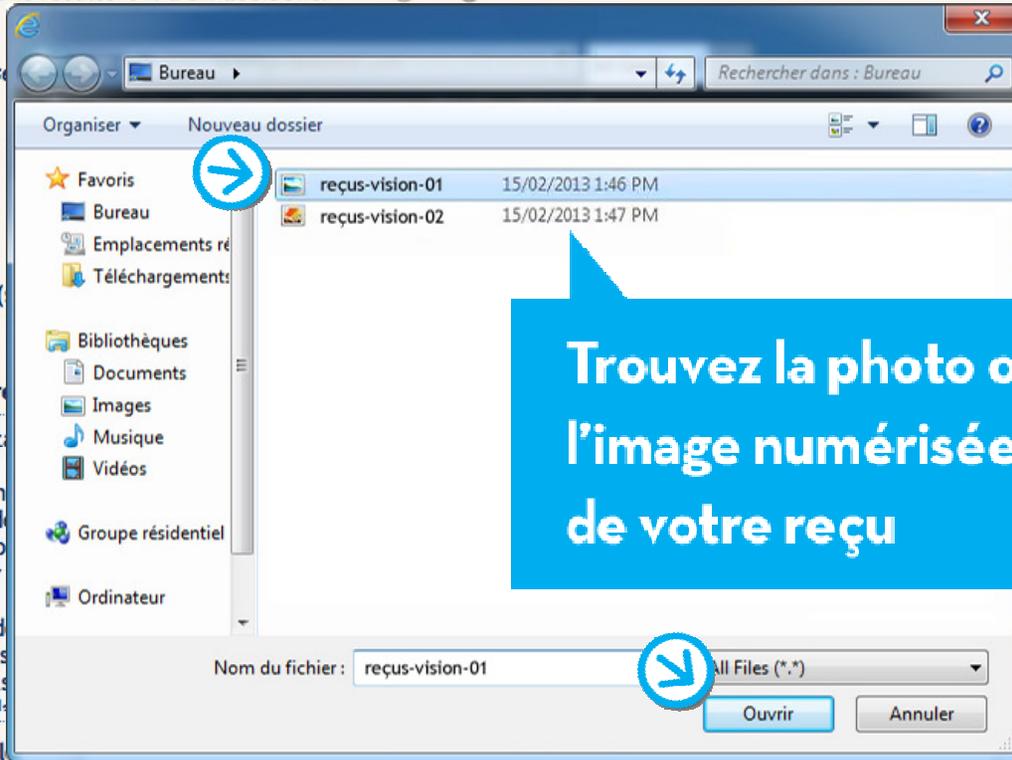
En soumetta

Je compren
dentaires d
couvertes o
fournisseur

Ma demand
mon fournis
ne ferai pas
contraire de

J'accepte l

Vider Envoyer



ées par
et que je
lication

FAQ



20/12/2012

Veillez préciser le type de protection :

- Hôpitalisation Soins de santé complémentaires Soins Dentaires
 Soins de la vue Médicaments Protection-voyage
 Tous

Le traitement résulte-t-il d'un accident? Oui Non

Nota : un seul compte bancaire

Succursale	Banque	Compte
<input type="text" value="12345"/>	<input type="text" value="670"/>	<input type="text" value="1234567"/>

Joindre le(s) document(s)

File Name
reçus-vision-01.jpg
0.04 MB remove all

Veillez lire et accepter les modalités

En soumettant ma demande de règlement par voie électronique, je conviens de ce qui suit :

Je comprends que ma demande de règlement doit être conforme aux garanties visant les soins de santé et les soins dentaires de mon contrat et que les dépenses inscrites sur ma demande de règlement pourraient ne pas être couvertes ou dépasser les maximums prévus par les garanties. Je comprends que je suis responsable envers mon fournisseur pour la totalité du coût du traitement ou du service.

Ma demande de règlement est un sommaire complet, véridique et précis des dépenses qui m'ont été facturées par mon fournisseur de soins de santé pour les services rendus. Par la présente, j'atteste que je n'ai pas fait, et que je ne ferai pas, de demande de règlement pour ces dépenses en vertu d'un autre régime d'assurance, sauf indication contraire dans la demande de règlement.

J'accepte les modalités



[FAQ](#)

[Vider](#) [Envoyer](#)

**Lisez et acceptez
les modalités**



Vous pouvez sélectionner le type de prestation :

Réglage de la température de votre véhicule
 Service de lavage de votre véhicule
 Service de nettoyage de votre véhicule
 Protection temporaire de votre véhicule

Le traitement dure de 1 à 2 heures. Oui Non

Note : un seul compte bancaire peut être associé à votre dossier sur le site.

Confirmation

Merci d'avoir soumis votre demande de règlement. Nous vous enverrons bientôt un courriel de confirmation.

Votre demande de règlement sera traitée dans un délai de 1 à 2 jours.

Veillez noter que les délais de traitement peuvent varier selon le volume de demandes.

Pour savoir si votre demande de règlement a été traitée, veuillez consulter les Relevés pour les adhérents à partir de la barre de navigation.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler notre ligne d'information à la clientèle sans frais au 1-800-667-4511, du lundi au vendredi entre 7 h et 16 h (HE).

Vos renseignements personnels ont été mis à jour.

OK

Je reconnais avoir lu et compris les conditions générales de service et que je suis responsable envers mon fournisseur pour la totalité du coût de traitement et de service.

Ma demande de règlement est un acompte complet, vérifiable et précis des dépenses qui m'ont été facturées par mon fournisseur de soins de santé pour les services rendus. Par la présente, j'affirme que je n'ai pas fait, et que je ne fais pas, de demande de règlement pour ces dépenses en vertu d'un autre régime d'assurance, sauf indication contraire dans le formulaire de demande de règlement.

J'accepte les modalités



1/10

Note : Service



Merci.

