



## Demande au programme Eye See Eye Learn de T.-N.-L.

### Mon enfant est-il admissible?

- Entrera à la maternelle en septembre 2023;
- Réside à Terre-Neuve-et-Labrador;
- Possède une carte d'assurance-maladie (MCP) valide;
- Ne possède pas d'assurance privée qui couvre entièrement le coût d'un examen de la vue.

Si vous avez répondu « oui » à toutes les questions, votre enfant est admissible à un examen de la vue gratuit (jusqu'à concurrence de 80 \$ pour un examen de la vue sont couverts par le programme) et à une paire de lunettes prescrite (au besoin) de la trousse Eye See Eye Learn de la Fondation Essilor.

### Comment mon enfant peut-il participer?

- a. Prenez rendez-vous avec un optométriste pour un examen de la vue de votre enfant.  
Trouvez un optométriste à l'adresse suivante : <http://nlao.org/public/find-optometrist/> (en anglais seulement)
- b. Remplissez le formulaire de demande et remettez-le à l'optométriste lors de l'examen de la vue de votre enfant.
- c. **Si votre enfant est couvert par une assurance, veuillez apporter une copie de vos documents d'assurance à votre rendez-vous.**

Nom de l'enfant :	
Date de naissance : JJ/MM/AAAA	Numéro du MCP : ___/___/___/___
Nom de l'école :	
Ville ou localité :	Code postal de l'enfant : ___-___

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA  
Date

### Énoncé de confidentialité

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire serviront à évaluer l'admissibilité au programme Eye see Eye Learn. Les renseignements sont recueillis en vertu de l'alinéa 61(a)(c) de l'*Access to Information and Protection of Privacy Act, 2015* (loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels de 2015). Si vous avez des questions au sujet de la collecte, de l'utilisation ou de la divulgation des renseignements personnels, veuillez écrire à [healthinfo@gov.nl.ca](mailto:healthinfo@gov.nl.ca).

## Partie B – à l’usage exclusif des optométristes

Nom de l’optométriste : _____
Numéro de permis : _____
Date de l’examen de la vue : JJ/MM/AAAA
Lieu de l’examen (s’il ne s’agit pas du bureau) : _____
Lunettes prescrites : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lunettes fournies dans le cadre du programme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aiguillage vers un ophtalmologiste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Montant total de la facture (maximum de 80 \$ par examen de la vue)	\$
Montant couvert par une assurance ou un autre organisme	\$
<b>Montant du remboursement demandé</b>	\$
Les coûts ont-ils été facturés directement au patient pour ce service? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
*Si les coûts du service ont été facturés au patient, indiquez le montant payé par le patient.	\$

\_\_\_\_\_  
Signature de l’optométriste

\_\_\_\_\_  
Date

## Partie C – Déclaration d’absence d’assurance

**Cette section doit être remplie uniquement si votre enfant n’est pas admissible au remboursement du coût d’un examen de la vue par une assurance-maladie privée ou tout autre organisme (p. ex. Santé Canada; ministère de l’Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences; ministère des Enfants, des Aînés et du Développement social).**

J’atteste que \_\_\_\_\_ \_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Nom complet de l’enfant) (n° de la carte MCP de l’enfant)

**n’est pas admissible au remboursement** des coûts décrits ci-dessus\* par une assurance-maladie privée ou tout autre organisme.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

JJ/MM/AAAA

\_\_\_\_\_  
Date