



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

Mon enfant est-il admissible?

- Entrera à la maternelle en septembre 2022;
- 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.

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 | \$ |
| Montant du remboursement demandé | \$ |
| 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

Formulaire de demande
Programme Eye See Eye Learn de Terre-Neuve-et-Labrador

Le 9 mai 2022