

## Carte-client



NOM  
RUE  
VILLE  
PROVINCE  
CODE POSTAL

Numéro de police

1234567890

Date d'effet

*N° d'identification No.*

*Nom*

*Birthdate*

*Comments*

12345678900

For more information call toll-free 1-800-555-5555

Entrez ce chiffre dans le champ  
du numéro de contrat

Entrez ce chiffre dans le champ  
du numéro d'identification

Fermer



N° d'identification

12345678900

NOM DU MEMBRE

N° de la police

0012345678

*Omettez les deux premiers zéros lorsque vous soumettez une demande de règlement électronique pour soins dentaires.*

Entrez ce chiffre dans le champ du **numéro de contrat**

Entrez ce chiffre dans le champ du **numéro d'identification**

Fermer



Entrez ce chiffre dans le champ  
du numéro de l'adhérent



Nom de l'adhérent

00 Nom de l'adhérent

Entrez ce chiffre dans le champ  
du numéro d'identification



Numéro de groupe

012345-12345

Numéro d'identification

0123456879

Entrez ce chiffre dans le champ  
du numéro de contrat.



Réservé à l'usage des pharmaciens.

PAIEMENT DIFFÈRE

0012345678 123456789

Autres assurés

01 CONJOINT(E) DE L'ADHÉRENT

02 PERSONNE À CHARGE DE L'ADHÉRENT

Si le champ est vide, communiquez avec votre bureau local de la Croix Bleue.

Fermer