

Obtenez jusqu'à

180 \$

sur vos lentilles  
cornéennes

Offre valide

Du 1<sup>er</sup> juillet

— au —

31 décembre

2020



Il est facile d'effectuer  
une demande en ligne !  
Vous pouvez soumettre votre  
demande à l'aide de votre  
ordinateur, tablette ou  
téléphone intelligent.  
CooperVisionRewards.ca

### Pour être admissible à une remise

- **Visitez** votre professionnel de la vue pour un ajustement de lentilles cornéennes.
- **Achetez** le nombre requis de produits admissibles tel qu'énuméré au verso de ce formulaire.

La demande de remise doit porter le cachet de la poste dans les 60 jours suivant l'achat de lentilles. La remise est payée sous forme de carte Visa prépayée CooperVision<sup>MD</sup>.

### Pour soumettre votre demande de remise en ligne

1. Achetez des lentilles cornéennes Mediflex admissibles entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2020 auprès d'un professionnel de la vue autorisé participant.
2. Visitez [CooperVisionRewards.ca](https://CooperVisionRewards.ca) pour demander votre remise en ligne. Vous serez invité à téléverser des photos des documents requis et vous devrez également avoir accès à une adresse courriel valide afin de recevoir votre carte prépayée Visa.
3. Une fois votre demande en ligne approuvée, vous recevrez un courriel de [notification@coopervisiondigitalrewards.com](mailto:notification@coopervisiondigitalrewards.com) incluant les instructions pour obtenir votre carte physique ou virtuelle, au choix.

### Documents requis

Pour remplir votre demande, vous devrez fournir les documents suivants :

- Reçu de caisse original daté de l'achat de lentilles admissibles.
- Deux panneaux d'extrémité de boîte du produit (un pour chaque œil) montrant l'information de la prescription. Les photos sont acceptées.

### Exemple de panneau d'extrémité :

#### PRODUIT COOPERVISION

BC	DIA	PWR
8.7	14.4	-3.00

Obtenez votre remise jusqu'à 4 semaines plus vite ! Soumettez en ligne à [CooperVisionRewards.ca](https://CooperVisionRewards.ca)

**CONDITIONS DE LA REMISE :** Offre valide au Canada seulement. L'offre n'est pas valide là où la loi l'interdit. Conservez des copies de tous les documents pour vos dossiers. Tous les documents soumis deviennent la propriété de CooperVision et ne seront pas retournés. Allouer de 6 à 8 semaines pour le traitement. Aucune adresse de case postale, seules les adresses civiques ou rurales sont acceptées. CooperVision n'est pas responsable des réponses perdues, en retard, endommagées ou non livrées. Les soumissions en retard, non conformes, frauduleuses ou en double ne seront pas honorées. Cette remise ne peut être combinée à aucune autre offre. **Les réclamations doivent être soumises en ligne ou porter le cachet de la poste dans les 60 jours suivant la date d'achat des lentilles. La remise doit être soumise en ligne ou porter le cachet de la poste au plus tard le 2021-02-28.** Les achats effectués auprès de détaillants non autorisés ou en ligne ne sont pas admissibles à la présente promotion de remise. Pour les achats de lentilles cornéennes à remplacement mensuel, limite d'une (1) remise par patient, par année civile, jusqu'à concurrence d'un maximum de quatre (4) remises par adresse physique ou adresse de courriel. Pour les achats de lentilles cornéennes à usage unique, limite de deux (2) remises par patient, par année civile, jusqu'à concurrence d'un maximum de six (6) remises par adresse physique ou adresse de courriel. Les cartes prépayées sont émises relativement à l'exécution d'une demande de remboursement valide, réussie. Utilisez votre carte Visa prépayée CooperVision<sup>MD</sup> partout où les cartes Visa sont acceptées dans le monde. Accordez une attention particulière à la date d'expiration sur la carte. La carte est valide jusqu'à la dernière journée du mois. **Vous n'aurez plus accès aux fonds après la date d'expiration.** La carte Visa est émise par la Compagnie de Fiducie Peoples en vertu d'une licence de Visa Int. Marque de commerce de Visa International Service Association et utilisée sous licence la Compagnie de Fiducie Peoples. Vous trouverez les règles et les conditions complètes de la carte lorsque vous recevrez votre avis de paiement. Valide uniquement pour les ventes effectuées entre le 2020-07-01 et le 2020-12-31. CooperVision se réserve le droit, à son entière discrétion, de retirer ou de modifier cette offre de quelque façon que ce soit, ou de modifier ces conditions sans préavis ni obligation. Pour recevoir votre remise, vous devez répondre à chacune des exigences. Cette offre de remise sera rejetée si chacune de ces étapes n'est pas suivie. **AVIS AUX CONSOMMATEURS :** Si vous remplissez personnellement une demande de remboursement auprès d'un tiers payeur (c.-à-d. une compagnie d'assurance, un groupe d'employeurs, etc.) pour l'achat de ce produit, votre demande doit être basée sur votre paiement moins le montant de la remise. **Si votre professionnel de la vue effectue la demande,** vous devez aviser le bureau du professionnel de la nécessité de déduire le montant de cette remise du prix d'achat utilisé pour calculer la réclamation.

© 2020 CooperVision, Inc. CooperVision est une marque déposée de The Cooper Companies et Mediflex est une marque de commerce déposée de Services Optométriques (OPT) Inc.

XLITERACAN10648

CODE DE REMISE COOPERVISION : **20-2MRS3**  
Poster à : P.O. Box 360 Whitby, ON L1N 0L8

**mediflex**<sup>MD</sup>  
Lentilles cornéennes



**GROUPE SOI**  
Complice de votre réussite

## Coordonnées

Tous les champs portant un astérisque (\*) sont obligatoires pour que votre demande de remise soit traitée et approuvée.

Pour demander votre remise par la poste, veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer avec les copies originales de tous les documents requis. **Ne pas agraffer.**

JE SOUMETS CETTE RÉCLAMATION POUR\* :  MOI-MÊME  MON ENFANT

NOM À INDIQUER SUR LA CARTE PRÉPAYÉE :

NOM DU PATIENT\* :

ADRESSE DE COURRIEL\* :

Une adresse électronique valide est requise pour accéder à votre demande et pour recevoir des avis sur son état.

ADRESSE 1 (rue et numéro civique)\* :

ADRESSE 2 (App./Bureau) :  Province\* :

VILLE\* :  CODE POSTAL\* :

TÉLÉPHONE\* :  -  -

Nous vous demandons votre consentement exprès afin de permettre à CooperVision Canada Corp. de vous faire parvenir par courriel des informations importantes sur nos nouveaux produits, promotions et concours.

En cochant cette case, vous consentez expressément à recevoir des messages électroniques commerciaux de la part de CooperVision Canada Corp. Vous pourrez changer d'idée et vous désabonner en tout temps en nous envoyant un courriel à [coopervisionrewards@360incentives.com](mailto:coopervisionrewards@360incentives.com).

Veuillez noter que les demandeurs de rabais envoyés par la poste recevront une carte prépayée Visa, une fois que la demande est approuvée. Veuillez patienter jusqu'à 15 jours ouvrables après l'approbation de votre demande pour recevoir votre carte Visa prépayée par courrier.

## Produits admissibles

Veuillez cocher le nombre de boîtes achetées et le type de lentilles applicable.

Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity & E-Comfort		Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day		Mediflex <sup>MD</sup> Supreme 1 Day	
Montant de la remise : 25 \$	Quantité	Montant de la remise : 75 \$	Quantité	Montant de la remise : 80 \$	Quantité
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity 110	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day sphere boîte de 90	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Supreme 1 Day boîte de 90	4
Montant de la remise : 40 \$	Quantité	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day toric boîte de 90	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Supreme 1 Day Toric boîte de 90	4
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity 160	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day multifocal boîte de 90	4	Montant de la remise : 180 \$	Quantité
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity 116 Toric	4	Montant de la remise : 150 \$	Quantité	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Supreme 1 Day boîte de 90	8
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity XR	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day sphere boîte de 90	8	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Supreme 1 Day Toric boîte de 90	8
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity XR Toric	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day toric boîte de 90	8	Mediflex <sup>MD</sup> Hydra 1 Day	
<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Aquafinity E-comfort	4	<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Elite 1 Day multifocal boîte de 90	8	Montant de la remise : 30 \$	Quantité
				<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Hydra 1 Day boîte de 90	4
				Montant de la remise : 70 \$	Quantité
				<input type="checkbox"/> Mediflex <sup>MD</sup> Hydra 1 Day boîte de 90	8

Vous pouvez partager une partie de votre remise pour aider à donner la vue à des millions de personnes. Vous pouvez aider à donner le don de la vue en choisissant de partager 5 \$, 10 \$ ou le montant complet de votre remise et CooperVision fera un don du même montant à Optometry Giving Sight. Si vous désirez contribuer, vous n'avez qu'à indiquer le montant en sélectionnant une boîte du côté droit et vous recevrez votre carte prépayée Visa moins ce montant. Veuillez noter que si vous sélectionnez « Tout », vous ne recevrez pas de carte prépayée Visa.

Non  10 \$  
 5 \$  Tout

**OPTOMETRYGIVINGSIGHT**

Transforming lives through the gift of vision

## Sondage

S'agit-il de vos premières lentilles?  Oui  Non Connaissez-vous Mediflex<sup>MD</sup>?  Oui  Non  Je ne sais pas

Quelles lentilles portiez-vous AVANT?

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACUVUE <sup>MD</sup> OASYS <sup>MD</sup>       | <input type="checkbox"/> Biofinity <sup>MD</sup>      | <input type="checkbox"/> DAILIES AquaComfort Plus <sup>MD</sup> | <input type="checkbox"/> Ultra <sup>MD</sup> |
| <input type="checkbox"/> ACUVUE <sup>MD</sup> VITA <sup>MD</sup>        | <input type="checkbox"/> Biotrue <sup>MD</sup> ONEday | <input type="checkbox"/> MyDay <sup>MD</sup>                    | <input type="checkbox"/> Non applicable      |
| <input type="checkbox"/> 1-DAY ACUVUE <sup>MD</sup> MOIST <sup>MD</sup> | <input type="checkbox"/> clariti <sup>MC</sup> 1 day  | <input type="checkbox"/> Oasys <sup>MD</sup> 1 day              | <input type="checkbox"/> Autre               |
| <input type="checkbox"/> Air Optix <sup>MD</sup>                        | <input type="checkbox"/> DAILIES TOTAL1 <sup>MD</sup> | <input type="checkbox"/> Proclear <sup>MD</sup> 1 day           |  |

**CONSEIL :** Si vous effectuez votre demande par la poste, faites une copie de vos documents pour vos dossiers.

CODE DE REMISE COOPERVISION : **20-2MRS3**  
Poster à : P.O. Box 360 Whitby, ON L1N 0L8



**GROUPE SOI**  
Complice de votre réussite