JANVIER - DÉCEMBRE 2026

# Obtenez jusqu'à 250 $ sur vos lentilles cornéennes mediflex[MD]




## Pour être admissible à une remise, il faut

- **Rendre-visite** à un professionnel de la vue pour un ajustement de lentilles cornéennes.
- **Acheter** le nombre requis de produits énumérés au recto de ce formulaire, en une seule transaction.

## Pour soumettre votre demande de remise en ligne

**1.** Acheter les lentilles cornéennes mediflex[MD] admissibles en une seule transaction, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2026 auprès d'un professionnel de la vue autorisé participant.

**2.** Visiter **CooperVisionRewards.ca** pour demander votre remise en ligne. Vous serez invité(e) à téléverser les photos des documents requis. Vous devrez également avoir accès à une adresse courriel valide afin de recevoir votre carte Mastercard[MD] prépayée CooperVision[MD].

**Les demandes de remise en ligne doivent être soumises dans les 60 jours suivant l'achat des lentilles**. La remise prend la forme d'une carte prépayée CooperVision[MD] Mastercard[MD] pratique.

## Documents requis

Pour effectuer votre demande, vous devrez téléverser une copie des documents suivants :

- Reçu de caisse original avec la date de l'achat des lentilles admissibles.
- Deux images des extrémités de la boîte du produit (une par oeil) 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.**

**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[MD] et ne seront pas retournés. Allouer de 6 à 8 semaines pour le traitement. Aucune adresse de case postale, seules les adresses municipales ou rurales sont acceptées. CooperVision[MD] 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 2027-02-28.** 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 courriel. Pour les achats de lentilles cornéennes à usage unique, limite de trois (3) remises par patient, par année civile, jusqu'à concurrence d'un maximum de six (6) remises par adresse physique ou adresse de courriel. La carte et la carte virtuelle est émise par Peoples Trust Company, membre FDIC, conformément à une licence de Mastercard[MD] Inc. Aucun accès en espèces ou paiements récurrents. La carte peut être utilisée partout où les cartes prépayées Mastercard[MD] sont acceptées. La carte virtuelle peut être utilisée partout où les cartes prépayées Mastercard[MD] sont acceptées en ligne, ou les commandes par téléphone ou par courrier. La carte et la carte virtuelle sont valables jusqu'à 6 mois ; les fonds non utilisés seront perdus après la date de fin de validité. Les conditions générales s'appliquent. **Vous n'aurez plus accès aux fonds après la date d'expiration.** 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 2026-01-01 et le 2026-12-31. CooperVision[MD] 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. Le montant de la remise ne peut excéder le coût payé par le patient pour ses lentilles. Si le montant de l'achat est inférieur, la réclamation sera refusée.

© 2026 CooperVision, Inc. CooperVision[MD] est une marque déposée de The Cooper Companies et mediflex[MD] est une marque de commerce déposée du Groupe SOI (Services Optométriques Inc.).

CODE DE REMISE COOPERVISION[MD] : **26MEDIFLEX** Poster à : P.O. Box 3535, Markham ON, L3R 6J5

XLITERACAN11505

**Des questions ? Consultez CooperVisionRewards.ca pour plus d'informations.**
**Pour obtenir de l'aide, envoyez un courriel à CooperVisionRewards@360incentives.com ou composez le 1 866 415-7216.**

mediflex[MD] Lentilles cornéennes

GROUPE SOI Partenaire de votre succès

Obtenez votre remise jusqu'à 4 semaines plus vite! Soumettez en ligne à **CooperVisionRewards.ca**

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 agrafer.**

## Coordonnées

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

JE SOUMETS CETTE RÉCLAMATION POUR* : ☐ MOI-MÊME ☐ MEMBRE DE LA FAMILLE OU QUELQU'UN D'AUTRE

NOM QUI FIGURERA 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 (NOM DE LA RUE ET NUMÉRO)* : _____

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.

**Choisissez votre type de récompense ici.** Recevez votre paiement 5-10 jours plus rapidement par courriel avec une carte virtuelle. Les cartes Mastercard[MD] prépayées virtuelles peuvent être utilisées pour des achats en ligne et ajoutées à votre Portefeuille d'Apple ou Google Portefeuille. Ou sélectionnez une carte physique à recevoir par courrier. **Si une carte virtuelle est sélectionnée :** Votre récompense sera livrée dans les 2 à 3 semaines à l'adresse courriel utilisée pour votre inscription de remise, si elle est approuvée. Assurez-vous de vérifier vos dossiers de courrier indésirable et pourriel. Le courriel de paiement sera envoyé par CardServices@hawkmarketplace.com. **Si une carte physique est sélectionnée :** Votre récompense sera livrée par Postes Canada dans un délai de 3 à 5 semaines, si elle est approuvée.

◯ **Carte virtuelle prépayée Mastercard[MD]**

◯ **Carte physique prépayée Mastercard[MD]**

**CONSEIL :** Si vous effectuez votre demande par la poste, faites une copie de vos documents pour vos dossiers.
CODE DE REMISE COOPERVISION[MD] : **26MEDIFLEX** Poster à : P.O. Box 3535, Markham ON, L3R 6J5

## Produits admissibles

Veuillez cocher le nombre de boîtes achetées à côté du type de lentilles applicable.

| mediflex[MD] aquafinity / e-comfort | |
|---|---|
| **Montant de la remise : 25 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity 110 | 4 |
| **Montant de la remise : 50 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity 160 | 4 |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity 116 torique | 4 |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity XR | 4 |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity XR torique | 4 |
| ❑ mediflex[MD] aquafinity e-comfort | 4 |

| mediflex[MD] elite 1 jour | |
|---|---|
| **Montant de la remise : 40 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour sphérique boîte de 90 | 2 |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour torique boîte de 90 | 2 |
| **Montant de la remise : 120 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour sphérique boîte de 90 | 4 |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour torique boîte de 90 | 4 |
| **Montant de la remise : 250 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour sphérique boîte de 90 | 8 |
| ❑ mediflex[MD] elite 1 jour torique boîte de 90 | 8 |

| mediflex[MD] supreme 1 jour | |
|---|---|
| **Montant de la remise : 40 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour boîte de 90 | 2 |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour torique boîte de 90 | 2 |
| **Montant de la remise : 120 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour boîte de 90 | 4 |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour torique boîte de 90 | 4 |
| **Montant de la remise : 250 $** | **Quantité** |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour boîte de 90 | 8 |
| ❑ mediflex[MD] supreme 1 jour torique boîte de 90 | 8 |

OPTOMETRY giving sight

☐ Non
☐ 5 $
☐ 10 $
☐ Tout

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 rien, 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 gauche et vous recevrez votre carte prépayée Mastercard moins ce montant. Veuillez noter que si vous sélectionnez « Tout », vous ne recevrez pas de carte prépayée Mastercard.

Vous recevrez un reçu fiscal.

## Sondage

S'agit-il de vos premières lentilles?

❑ Oui
❑ Non

Qu'est-ce qui a influencé votre décision d'acheter des lentilles cornéennes mediflex[MD] ? Indiquez toutes les réponses applicables.

❑ Recommandation de mon professionnel de la vue
❑ Coût
❑ Valeur de l'offre de la remise
❑ Recommandation d'un ami/membre de la famille
❑ Calendrier de remplacement (1 jour/mois)
❑ Marque

Quelles lentilles portiez-vous AVANT?

❑ ACUVUE[MD] OASYS[MD]
❑ ACUVUE[MD] VITA[MD]
❑ 1-DAY ACUVUE® MOIST[MD]
❑ Air Optix[MD]
❑ Biofinity[MD]
❑ Biotrue[MD] ONEday
❑ clariti[MD] 1 day
❑ DAILIES TOTAL1[MD]
❑ DAILIES AquaComfort Plus[MD]
❑ MyDay[MD]
❑ Oasys[MD] 1 day
❑ Precision1[MD]
❑ Proclear[MD] 1 day
❑ Ultra[MD]
❑ Non applicable
❑ Autre

GROUPE SOI
Partenaire de votre succès