

Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire Assurance collective

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire. Veuillez joindre au verso l'original des reçus pour tous les frais engagés. Veuillez conserver copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

1 Renseignements sur le participant	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime			
	Participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		
	Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal	
	Les frais sont-ils remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
	Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <p>Dans l'affirmative, veuillez conserver copie de tous les reçus joints au présent formulaire et présenter une demande au deuxième assureur. S'il s'agit de votre première demande ou s'il y a eu des changements depuis votre dernière demande, veuillez fournir les renseignements suivants.</p>					
Date de naissance du conjoint (jj/mmmm/aaaa)		Assureur du conjoint	Numéro de contrat	Numéro de certificat		
Demandez le virement automatique des prestations et obtenez des relevés de règlement électroniques	Touchez vos prestations jusqu'à 70 % plus rapidement que par chèque et ayez accès à vos relevés de règlement en ligne.					
	<ul style="list-style-type: none"> Rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants. Une fois inscrit, ou si vous êtes déjà inscrit, entrez dans le site et cliquez sur l'option Virement automatique des prestations dans la barre de navigation de gauche. Entrez vos renseignements bancaires. 					
2 Renseignements sur le patient À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.	Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec le participant (1 ^{re} demande seulement)	École et ville	S'il travaille, nbre d'heures par sem.	
3 Médicaments d'ordonnance	<ul style="list-style-type: none"> Veuillez joindre les reçus des médicaments d'ordonnance au verso. Le code DIN et le nom du médicament d'ordonnance doivent figurer sur tous les reçus. Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur le présent formulaire. 					
4 Services paramédicaux (Services d'un chiropraticien, d'un massothérapeute, d'un physiothérapeute, etc.)	Veuillez joindre un relevé ou un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants : <ul style="list-style-type: none"> nom du patient; nom du praticien; genre de praticien; date de la séance; durée de la séance; coût du traitement; date du dernier règlement au titre du régime provincial (s'il y a lieu); numéro de permis. S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.					

Veuillez remplir la page suivante.

<p>5 Matériel et appareils médicaux</p>	<p>Veillez joindre la recommandation écrite du médecin ayant prescrit le matériel, y compris le diagnostic, et une copie du bordereau de prestations du régime provincial (s'il y a lieu).</p> <p>Activités nécessitant l'utilisation de l'article.</p> <p>Matériel requis pour la période suivante Du <input type="text" value="Date (jj/mmmm/aaaa)"/> Au <input type="text" value="Date (jj/mmmm/aaaa)"/></p> <p>Le matériel loué a-t-il été retourné? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>6 Soins de la vue</p> <p>À faire remplir par le fournisseur.</p> <p>Veillez joindre un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nom du patient; • coût des lentilles cornéennes; • coût des lunettes; • coût de la chirurgie au laser; • honoraires professionnels; • coût de l'examen de la vue; • date de l'examen de la vue; • coût de la teinture des verres; • date de paiement des services. 	<p>Si votre contrat couvre les lentilles cornéennes nécessaires du point de vue médical, veuillez faire remplir la présente section.</p> <p><i>Veillez demander à votre fournisseur de remplir la présente section et d'y apposer sa signature.</i></p> <p>Les lentilles cornéennes ont-elles été prescrites en raison d'un astigmatisme cornéen prononcé, d'un kératocône ou d'aphakie? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>L'acuité visuelle peut-elle être améliorée d'au moins deux lignes, d'après la charte d'acuité de Snellen, au-delà de la meilleure vision rendue possible grâce au port de lunettes? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Le port de lunettes pourrait-il faire passer l'acuité visuelle à au moins 20/40? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Signature du fournisseur <input type="text"/> Date (jj/mmmm/aaaa) <input type="text"/></p>
<p>7 Confirmation de la demande</p> <p>NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés.</p> <p>Veillez signer ici.</p>	<p>Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande <input type="text"/> \$</p> <p><u>Je certifie</u> que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. <u>J'autorise</u> la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge <u>m'autorisent</u> à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. <u>J'autorise</u> toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, <u>j'autorise</u> son utilisation à des fins d'identification et d'administration. <u>Je reconnais</u> qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. <u>Je comprends</u> que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.</p> <p>Signature du participant <input type="text"/> Date (jj/mmmm/aaaa) <input type="text"/></p> <p>Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. <p>Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p>
<p>8 Envoi de la demande</p>	<p>Veillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus correspondants par courrier à l'adresse appropriée.</p> <p>Si vous habitez à l'extérieur du Québec : Assurance collective Financière Manuvie Règlements Maladie P.O. Box 1653 Waterloo (Ontario) N2J 4W1</p> <p>Si vous habitez au Québec : Assurance collective Financière Manuvie Règlements Maladie C.P. 2580, succ. B Montréal (Québec) H3B 5C6</p>