

Demande de règlement Assurance maladie complémentaire Marchés des groupes à affinités

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 une copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

1 Renseignements sur le participant

Numéro de régime	Numéro d'attestation d'assurance		
Participant (prénom et nom de famille)			
Adresse (numéro, rue et appartement)			Ville
Pays	Province ou État	Code postal ou code ZIP	Numéro de téléphone
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			
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.			
Date de naissance du conjoint (jj/mmmm/aaaa)	Assureur du conjoint	Numéro de contrat du conjoint	Numéro de certificat du conjoint

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)	Lien avec le participant	Frais engagés	École et ville Province ou État	S'il travaille, n ^{bre} d'heures par sem.

3 Médicaments sur ordonnance

- Veuillez joindre les reçus des médicaments sur ordonnance au verso.
- Le code DIN et le nom du médicament sur ordonnance, la concentration et la quantité du médicament doivent figurer sur tous les reçus.
- Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur le présent formulaire.

4 Services paramédicaux/ de praticiens

(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 :

- 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.

Le patient a-t-il été adressé par un médecin? Oui Non

Veuillez remplir la page 2.

<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>Veillez joindre l'original du reçu détaillé du fournisseur, sur lequel figurent les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nom du patient; • coût des lunettes; • coût de l'examen de la vue; • coût de la teinture des verres; • coût des lentilles cornéennes; • honoraires professionnels; • date de l'examen de la vue; • traitement; • date de paiement des services. <p>Services d'optique PVS</p> <p>Saviez-vous que vous pouvez profiter de rabais par l'entremise d'un réseau canadien de détaillants et de fournisseurs grâce aux Services d'optique PVS? Vous pouvez réaliser des économies pouvant aller jusqu'à 20 % sur les articles de lunetterie achetés chez les opticiens-lunetiers participants. Selon le détaillant, ces articles peuvent comprendre les verres, les montures et les lentilles cornéennes. Pour obtenir des précisions, visitez le site pvs.ca.</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="radio"/> CA <input type="radio"/> US</p> <p>Je certifie 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. J'autorise La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, assureur, service d'enquête, administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.</p> <p>Signature du participant <input type="text"/> Date (jj/mmmm/aaaa) <input type="text"/></p>
<p>8 Énoncé de confidentialité</p>	<p>Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de demande de règlement Assurance maladie complémentaire sont nécessaires au traitement de la demande. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie) créera un «dossier de services financiers» contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la demande, offrir et administrer des services et traiter des demandes de règlement. L'accès à ce dossier sera limité aux employés, mandataires et administrateurs de la Financière Manuvie responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci après. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et à y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3. Vous trouverez sur le site manuvie.ca notre politique de confidentialité et nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels.</p>
<p>9 Envoi de la demande</p>	<p>Veillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus originaux par la poste à l'adresse ci-dessous.</p> <p>Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie Règlements Soins médicaux P.O. Box 4214, Station A Toronto (Ontario) M5W 5M4</p> <p>La Financière Manuvie n'assumera en aucun cas les frais requis pour faire remplir le présent formulaire.</p>
<p>10 Soutien</p>	<p> Barinsurance.com – Pour imprimer d'autres exemplaires du formulaire de demande de règlement Assurance maladie complémentaire</p> <p> Renseignements@Manuvie.com</p> <p> 1 877 396-5277 – Du lundi au vendredi, de 8 h À 20 h (HE)</p>

Les services proposés par PVS sont offerts par l'entremise de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. MC/MD Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2014. Tous droits réservés.