

Demande de règlement - Assurance soins médicaux complémentaires Assurance collective

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime, sauf indication contraire. Il doit joindre les originaux de tous les frais engagés et conserver une copie des reçus. Manuvie ne retournera pas les originaux.

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) _____ Numéro de téléphone (jour) _____

Adresse du participant (numéro, rue et appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

2 Commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail Les frais engagés sont-ils liés à un accident du travail ET admissibles à des prestations au titre d'une commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez soumettre ces frais à la commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail de votre province.

3 Coordination des prestations Est-ce que vous, votre conjoint ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime au titre duquel des frais peuvent être réclamés? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez conserver une copie de tous les reçus joints à la présente demande de règlement et présenter une demande auprès du deuxième assureur. S'il s'agit de votre première demande de règlement ou si des renseignements ont changé depuis votre dernière demande, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de naissance du conjoint (jj/mmmm/aaaa) _____ Numéro de certificat du conjoint _____

Nom de l'assureur du conjoint _____ Numéro de contrat du conjoint _____

Si Manuvie est l'assureur secondaire, veuillez joindre une copie des reçus ainsi que le relevé de règlement de l'assureur principal.

4 Numéro de contrat CCS

Cochez cette case si vous souhaitez utiliser votre compte de crédits-santé (CCS) pour obtenir le remboursement des frais non réglés au titre de l'Assurance soins médicaux complémentaires.

(Si le patient bénéficie d'une garantie soins médicaux au titre d'un autre régime, vous **devez** demander un remboursement des frais non réglés au titre de l'autre régime **avant** d'utiliser votre CCS.)

5 Renseignements sur le patient	Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec le participant (1 ^{re} demande seulement)	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
				École et ville	S'il travaille, n ^{bre} d'heures par sem.
À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

6 Médicaments d'ordonnance

- 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.

7 Services paramédicaux Veuillez joindre un relevé ou un reçu **détaillé** sur lequel figurent les renseignements suivants :

- nom du patient;
- date de la séance;
- date du dernier règlement au titre du régime provincial
- nom du praticien;
- durée de la séance;
- (s'il y a lieu); et
- genre de praticien;
- coût du traitement;
- numéro de permis.

S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.

8 Matériel et appareils médicaux Veuillez 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).

Activités nécessitant l'utilisation de l'article.

Matériel requis pour la période suivante : **Du** : Date (jj/mmmm/aaaa) _____ **Au** : Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Le matériel loué a-t-il été retourné? Oui Non

9 Soins de la vue

Veillez joindre un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants :

- nom du patient;
- coût de la chirurgie au laser;
- date de l'examen de la vue;
- coût des lentilles cornéennes;
- honoraires professionnels;
- coût de la teinture des verres;
- coût des lunettes;
- coût de l'examen de la vue;
- date de paiement des services.

À FAIRE REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR.

Si votre contrat couvre les lentilles cornéennes nécessaires du point de vue médical, veuillez faire remplir la présente section :

- Les lentilles cornéennes ont-elles été prescrites en raison d'un astigmatisme cornéen prononcé, d'un kératocône ou d'aphakie? Oui Non
 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? Oui Non
 Le port de lunettes pourrait-il faire passer l'acuité visuelle à au moins 20/40? Oui Non

Signature du fournisseur _____

Date (jj/mmmm/aaaa) _____

10 Renseignements bancaires et adresse de courriel

Visitez le site manuvie.ca/participant pour vous inscrire et ouvrir une session dans le site sécurisé à l'intention des participants. Ensuite, dans le menu Mon profil, adhérez au service de virement automatique des prestations et des relevés de règlement par voie électronique, OU remplissez cette section.

En fournissant vos renseignements bancaires, vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire. Trouvez vos renseignements bancaires sur un de vos chèques personnels ou relevés bancaires, ou communiquez avec votre succursale.

MEMO		
1 0 8 1	1 0 1 1 2 2	5 4 0 1
N° de domiciliation	N° de l'institution	N° du compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous fournissez une adresse de courriel, vous recevrez un avis par courriel lorsque votre demande de règlement aura été traitée. Ce courriel comprendra un lien vers le site de Manuvie à l'adresse manuvie.ca, où vous pourrez ouvrir une session pour consulter vos relevés de règlement électroniques. Pour pouvoir consulter vos relevés de règlement électroniques et mettre fin à l'envoi de relevés de règlement papier, allez à l'adresse manuvie.ca/participant pour vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants.

Adresse électronique (en caractères d'imprimerie)

À remplir uniquement pour donner de nouveaux renseignements ou pour les mettre à jour.

11 Confirmation de la demande

Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande _____ \$

NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés.

12 Autorisation et consentement

En présentant une demande de règlement à Manuvie, je confirme que je comprends et que j'accepte toutes les conditions suivantes :

Je certifie que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande de règlement sont véridiques, exacts et complets et que toutes les fournitures et tous les soins et services faisant l'objet de cette demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge. **Je reconnais** que la présentation d'une demande de règlement jugée fautive ou inexacte par Manuvie, ainsi que de tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime.

Je reconnais que Manuvie peut transmettre toute demande de règlement jugée fautive aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de poursuites possibles.

Manuvie prendra les mesures nécessaires pour recouvrer toute somme obtenue de manière irrégulière à la suite d'une fautive demande de règlement. **J'autorise** toute personne ou organisation – notamment tout professionnel de la santé, établissement ou prestataire de soins de santé, organisme de réglementation professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête – détenant des renseignements à recueillir, à utiliser, à conserver et à échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et/ou ses fournisseurs de services tout renseignement nécessaire aux fins de l'administration du régime d'assurance collective, de vérifications, de l'étude et du traitement de ma demande (les « fins »). **Je comprends** que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma couverture peut être refusée ou résiliée.

J'accepte de rembourser toute somme ou tout montant excédentaire que je pourrais devoir à Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations futures. **J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (« NAS ») à des fins d'identification et d'administration, si mon NAS correspond à mon numéro de certificat. **Je conviens** qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original. **Je comprends** que je peux consulter la politique de protection des renseignements personnels de Manuvie à l'adresse manuvie.ca/assurancecollective ou que je peux en obtenir une copie auprès du promoteur de mon régime.

Si il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à virer au compte indiqué dans le présent formulaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat susmentionné.

Je confirme que la présente autorisation de virement automatique s'applique à l'institution financière que j'ai désignée dans le présent formulaire et à toute autre institution financière que je pourrais désigner dans l'avenir, et qu'elle demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée par écrit par moi ou mon représentant dûment autorisé.

Je reconnais qu'après le virement des prestations au compte, Manuvie n'est liée par aucune autre obligation à l'égard de ces prestations. **Je reconnais également** que Manuvie peut à tout moment et sans préavis mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel relativement aux prestations futures. En outre, **je reconnais** que toutes prestations virées à mon compte par Manuvie et auxquelles je n'ai pas droit au titre du contrat ou en vertu de la loi ne feront pas partie de mes biens et devront être remboursées immédiatement à Manuvie, par moi ou par les représentants de ma succession.

Si il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à utiliser l'adresse de courriel que j'ai fournie pour me transmettre des renseignements relativement à mon assurance collective.

Je reconnais que Manuvie n'est pas responsable des dommages que je pourrais subir si une communication par courriel entre Manuvie et moi découlant de la présente autorisation était interceptée par un tiers. **Je reconnais** que si l'adresse électronique fournie dans la présente demande était modifiée, il m'incombe de fournir la nouvelle adresse à Manuvie. **Je comprends** que, si je ne veux pas recevoir de courriels de Manuvie, je peux retirer mon adresse de courriel en ligne ou communiquer avec le Service à la clientèle au 1 800 268-6195 pour demander le retrait de mon adresse de courriel.

Je comprends que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

VEUILLEZ SIGNER ICI

Signature du participant _____

Date (jj/mmmm/aaaa) _____

13 Envoi de la demande

Veillez envoyer le formulaire de réclamation dûment rempli et les reçus à l'adresse suivante :

**Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux
C.P. 2580, succ. B
Montréal (Québec) H3B 5C6**