Manuvie

Demande de règlement Soins dentaires
Assurance collective

SECTION 1 – DENTISTE

PATIENT				
NOM	PRÉNOM	N° UNIQUE	CODE DU SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT
ADRESSE	APP.			
VILLE	PROV.	CODE POSTAL		

DENTISTE TÉLÉPHONE

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

☐ DUPLICATA

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PARTICIPANT ▶

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS.

JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR ▶

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT J	M	A	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS $

☐ **COCHEZ ICI S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT.**

SI LES FRAIS DE TRAITEMENT PRÉVUS SONT SUPÉRIEURS À 500 $, VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT À L'ASSURANCE COLLECTIVE MANUVIE. VOUS SEREZ AVISÉ DU MONTANT DES FRAIS REMBOURSABLES EN VERTU DU RÉGIME **AVANT** LE COMMENCEMENT DU TRAITEMENT. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (P. EX. : COURONNES, PROTHÈSES, PONTS ET IMPLANTS).

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT _____

   PROMOTEUR DE RÉGIME _____

   NOM DE L'ASSUREUR **Manuvie**

2. NOM DU PARTICIPANT (EN LETTRES MOULÉES) _____

   NUMÉRO DE CERTIFICAT DU PARTICIPANT _____

   DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____

   NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (JOUR) ( )

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT

   DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____

   S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ☐ ÉTUDIANT? ☐ HANDICAPÉ?

   S'IL S'AGIT D'UN ÉTUDIANT, INDIQUEZ LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

2. LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS REMBOURSABLES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, PAR UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES OU PAR UN RÉGIME D'ÉTAT? ☐ NON ☐ OUI

   DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MMMM/AAAA) _____

   NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____

   S'IL S'AGIT D'UN RÉGIME MANUVIE, INDIQUEZ LE NUMÉRO DE CONTRAT. _____

   NUMÉRO DE CERTIFICAT _____

   Y A-T-IL DES FRAIS ASSOCIÉS À UN INCIDENT LIÉ AU TRAVAIL ET REMBOURSABLES PAR UNE COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL? ☐ NON ☐ OUI

   DANS L'AFFIRMATIVE, PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À VOTRE COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL PROVINCIALE.

3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? ☐ NON ☐ OUI

   SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE.

4. SI LA DEMANDE PORTE SUR UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE, UN PONT OU UN IMPLANT, VEUILLEZ JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT ET ÉNUMÉRER TOUTES LES DENTS MANQUANTES.

   S'AGIT-IL DE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? ☐ NON ☐ OUI

   DANS LA NÉGATIVE, INDIQUEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT.

   DANS L'AFFIRMATIVE, INDIQUEZ LA DATE DE L'EXTRACTION DES DENTS.

5. L'UN DES TRAITEMENTS EST-IL À DES FINS ORTHODONTIQUES? ☐ NON ☐ OUI

Veuillez remplir les deux pages du présent formulaire.

SECTION 4 – 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.

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

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.

Nº de domiciliation | Nº de l'institution | Nº du compte

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)

SECTION 5 - 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 fausse 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 fausse 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 fausse 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 professionnel, 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.

S'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.

S'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) _____

SECTION 6 – ENVOI DE LA DEMANDE

Veuillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus correspondants par courrier à l'adresse appropriée.

Si vous habitez à l'extérieur du Québec :
Assurance collective Manuvie
Règlements Soins dentaires
P.O. Box 1654
Waterloo (Ontario) N2J 4W2

Si vous habitez au Québec :
Assurance collective Manuvie
Règlements Soins dentaires
C.P. 5000, succ. B
Montréal (Québec) H3B 4B5