

INSCRIVEZ-VOUS AU SERVICE DE PRÉSENTATION EN LIGNE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DÈS AUJOURD'HUI!

Il est maintenant encore plus facile, plus rapide et plus efficace de présenter vos demandes de règlement pour Soins médicaux et Soins dentaires. Sur le site Manuvie.ca/servicesecurise, vous pouvez :

- **présenter facilement vos demandes de règlement** – plus besoin de papier ni de courrier par la poste;
- obtenir vos **remboursements jusqu'à 80 % plus rapidement** grâce au virement automatique des prestations – plus besoin d'attendre de chèques;
- consulter **l'historique de vos demandes de règlement et les frais remboursables**;
- **mettre à jour vos coordonnées**.

Rendez-vous sur Manuvie.ca/servicesecurise pour vous inscrire.

SECTION 1 – DENTISTE

P A T I E N T	NOM PRÉNOM	N° UNIQUE	CODE DU SPÉC.	NUMÉRO DE DOSSIER DU PATIENT
	ADRESSE APPARTEMENT	D E N T I S T TÉLÉPHONE		
	VILLE PROVINCE CODE POSTAL			
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.		JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS 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 INDICQUÉS 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		

DUPLICATA

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

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 \$, IL EST RECOMMANDÉ DE SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT AUX MARCHÉS DES GROUPES À AFFINITÉS DE MANUVIE. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (EX. : COURONNES ET PONTS).

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

1. NUMÉRO DE RÉGIME _____	VOTRE N° DE TÉLÉPHONE _____
NOM DE L'ASSUREUR _____ Manuvie	NUMÉRO D'ATTESTATION D'ASSURANCE _____
2. VOTRE NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____	VOTRE DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____

Veillez remplir les deux pages du présent formulaire.

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT _____

NOM DE L'ASSUREUR _____

DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____

3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. NON OUI

2. LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS REMBOURSABLES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, PAR UNE COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU PAR UN RÉGIME PUBLIC? NON OUI

4. SI LA DEMANDE PORTE SUR UNE PROTHÈSE AMOVIBLE, UNE COURONNE OU UN PONT, S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE POSE? SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT. NON OUI

NUMÉRO DE CONTRAT _____

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

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

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

EN PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À MANUVIE, JE CONFIRME QUE JE COMPRENDS ET 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 TOUTS LES SOINS ET SERVICES FAISANT L'OBJET DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ REÇUS PAR MOI-MÊME, MON CONJOINT, MON CODEMANDEUR OU LES PERSONNES À MA CHARGE, ET QUE NOUS SOMMES ADMISSIBLES AU RÉGIME. **JE RECONNAIS** QUE LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT JUGÉE FAUSSE OU INEXACTE PAR MANUVIE POURRAIT CAUSER LA RÉSILIATION DE LA COUVERTURE PAR MANUVIE SANS AUTRE AVERTISSEMENT. **JE RECONNAIS** QUE MANUVIE PEUT TRANSMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT JUGÉE FAUSSE AUX AUTORITÉS POLICIÈRES EN VUE DE POURSUITES POSSIBLES ET QUE MANUVIE POURRAIT PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR RECOURIR TOUTE SOMME OBTENUE DE MANIÈRE IRRÉGULIÈRE À LA SUITE D'UNE FAUSSE DEMANDE DE RÈGLEMENT. **J'ACCEPTE** ÉGALEMENT DE REMBOURSER TOUTE SOMME OU TOUT TROP-PERÇU QUE JE POURRAIS DEVOIR À MANUVIE CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE MON RÉGIME ET **J'AUTORISE** CELLE-CI À DÉDUIRE CES SOMMES DE MES PRESTATIONS FUTURES. **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 SUR MOI-MÊME, MON CONJOINT, MON CODEMANDEUR OU LES PERSONNES À MA CHARGE À RECUEILLIR, À UTILISER, À CONSERVER ET À ÉCHANGER ENTRE EUX ET AVEC MANUVIE OU SES PRESTATAIRES DE SERVICES TOUT RENSEIGNEMENT NÉCESSAIRE DANS LE CADRE DE LA GESTION DU RÉGIME, DE VÉRIFICATIONS ET DU TRAITEMENT DE MA DEMANDE. **IL EST ENTENDU** QU'UNE PHOTOCOPIE, UNE TÉLÉCOPIE OU UNE VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.

SIGNATURE DU PARTICIPANT _____

DATE (JJ/MMMM/AAAA) _____

SECTION 5 – ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de **demande de règlement Soins dentaires** sont nécessaires au traitement de la demande. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (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 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 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 : Chef de la protection des renseignements personnels, Manuvie P.O. Box 1602, Poste de livraison 500-4-A Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Une copie de notre politique de confidentialité se trouve sur le site manuvie.ca.

SECTION 6 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUTS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Manuvie
Marchés des groupes à affinités
Règlements Soins dentaires
C.P. 670, Succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Manuvie n'assumera en aucun cas les frais requis pour faire remplir le présent formulaire.

SECTION 7 – ÉNONCÉ SUR L'ACCESSIBILITÉ

Manuvie est résolue à offrir aux personnes handicapées des produits et services qui respectent les principes de dignité, d'autonomie, d'intégration et d'égalité des chances. Elle croit fermement que toute personne doit être traitée avec respect et courtoisie, et se sentir bien accueillie. Vous pouvez demander que le présent formulaire vous soit envoyé sous d'autres formes. Il suffit d'envoyer un courriel à l'adresse accessibility@manuvie.com ou de composer le 1 855 891-8671. Si vous souhaitez obtenir des précisions sur l'accessibilité à Manuvie, nous vous invitons à vous rendre dans le site manuvie.com/accessibilite.