

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

Vos numéros de contrat, de compte/division et de certificat figurent sur votre carte d'identification.

Contrat n°	Compte/Div n°	Certificat n°	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? Oui 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? Oui 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	Contrat n°	Certificat n°
--	----------------------	------------	---------------

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)	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
			École et ville	S'il travaille, nbre d'heures par sem.

3 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.

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 :

- 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.

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

Veuillez remplir la page 2.

5 Matériel et appareils médicaux

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).

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

6 Soins de la vue

À faire remplir par le fournisseur.

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

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

Lunettes et lentilles cornéennes facultatives :

Si votre garantie Soins de la vue exige un changement d'ordonnance, veuillez demander à votre fournisseur de remplir la section suivante et d'y apposer sa signature.

S'agit-il de la première paire de lunettes ou de lentilles cornéennes? Oui Non

L'ordonnance a-t-elle changé? Oui Non

Lentilles cornéennes nécessaires du point de vue médical :

Veillez demander à votre fournisseur de remplir la section suivante et d'y apposer sa signature.

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)

7 Confirmation de la demande

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

Veillez signer ici.

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

Je certifie que tous les biens et les services faisant l'objet de la demande ont été reçus par moi-même ou les personnes à ma charge.

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets. J'autorise tout professionnel de la santé, toute autre compagnie d'assurance, toute commission des accidents du travail, le promoteur du régime ou toute autre personne à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie et nécessaires au traitement de ma demande. Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective. Je reconnais qu'une photocopie de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés et les représentants de service de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact.

8 Envoi de la demande

Veillez 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 Financière Manuvie
Règlements Maladie
P.O. Box 1653
Waterloo (Ontario) N2J 4W1

Si vous habitez au Québec :

Assurance collective Financière Manuvie
Règlements Maladie
C.P. 2580, succ. B
Montréal (Québec) H3B 5C6