

## Demande de règlement Assurance maladie complémentaire Marché 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 copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.*

### 1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Numéro d'identification	Numéro de téléphone (        )	
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	N° de contrat du conjoint	N° 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	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 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.

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

**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  Au

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.

## 7 Confirmation de la demande

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

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 et que la présente demande ne porte pas sur des frais déjà remboursés au titre du présent régime ou d'un autre régime.

J'autorise toute personne ou toute organisation détenant des renseignements ayant trait à la présente demande, notamment tout professionnel de la santé, toute compagnie d'assurance, toute commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail, toute agence d'enquête, à divulguer et à échanger les renseignements demandés par la Financière Manuvie ou ses prestataires de services de règlement aux fins de l'administration du régime et du traitement de cette demande.

J'autorise également la Financière Manuvie et ses prestataires de services de règlement à recueillir et à utiliser tous renseignements nécessaires à l'administration du régime et au traitement de la présente demande, et à les échanger avec les personnes et organisations susmentionnées.

Si la présente demande est présentée au nom de mon conjoint ou des personnes à ma charge, je suis autorisé à divulguer des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires à l'administration du régime et au traitement de cette 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.

Je reconnais qu'une photocopie ou la version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

**Veillez signer ici.**

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 des garanties Vie et Maladie des Marchés des groupes à affinités. 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 suivante.

**Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie**  
**Règlements Maladie**  
**C.P. 4214, Succ. A**  
**Toronto (Ontario) M5W 5M4**  
**Téléphone : 1 800 268-3763**

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