

SECTION 1 – DENTISTE												
P A T I E N T			NOM _____ PRÉNOM _____				N° UNIQUE _____			CODE DU SPÉC. _____		N° DE DOSSIER DU PATIENT _____
T I E N			ADRESSE _____ APP. _____				D E N T I S T E			TÉLÉPHONE _____		
N T			VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____									
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES <input type="checkbox"/> DUPLICATA						JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT 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 TOUTS 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 TOUTS 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			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				\$
SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT												
1. N° DE CONTRAT _____						2. VOTRE NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____						
NOM DE L'ASSUREUR Financière Manuvie						VOTRE N° DE CERTIFICAT _____						
						VOTRE DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____						
SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT												
1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT						DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MMMM/AAAA) _____						
_____						NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____						
DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____												
S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT? <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ?						3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI						
S'IL S'AGIT D'UN ÉTUDIANT, INDIQUEZ LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT. _____						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. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 D'ÉTAT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI						5. L'UN DES TRAITEMENTS EST-IL À DES FINS ORTHODONTIQUES? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI						
N° DE CONTRAT _____												

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 LA FINANCIÈRE MANUVIE. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (EX. : COURONNES ET PONTS).

Veillez remplir les deux pages du présent formulaire.

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

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 ET 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.

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.

SECTION 5 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE APPROPRIÉE.

Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie
Règlements Soins dentaires
C.P. 4215, Succ. A
Toronto (Ontario) M5W 5M6
Téléphone : 1 800 268-3763