

# Manuvie Demande de règlement Assurance maladie complémentaires Marchés des groupes à affinités

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime, sauf indication contraire. Il doit joindre les originaux de tous les frais engagés et conserver une copie des reçus. Manuvie ne retournera pas les originaux.

**1 Renseignements sur le participant** Numéro de régime \_\_\_\_\_ Numéro d'attestation d'assurance \_\_\_\_\_  
Participant (prénom et nom de famille) \_\_\_\_\_  
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (jour) \_\_\_\_\_  
Adresse du participant (numéro, rue et appartement) \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province ou État \_\_\_\_\_ Code postal ou code ZIP \_\_\_\_\_

**2 Présentation en ligne des demandes de règlement** 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.

**3 Commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail** Les frais engagés sont-ils liés à un accident du travail ET admissibles à des prestations au titre d'une commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez soumettre ces frais à la commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail de votre province.

**4 Coordination des prestations** Est-ce que vous, votre conjoint ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime au titre duquel des frais peuvent être réclamés?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez conserver une copie de tous les reçus joints à la présente demande de règlement et présenter une demande auprès du deuxième assureur. S'il s'agit de votre première demande de règlement ou si des renseignements ont changé depuis votre dernière demande, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de naissance du conjoint (jj/mmmm/aaaa) \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur du conjoint \_\_\_\_\_  
Numéro de contrat du conjoint \_\_\_\_\_ Numéro d'attestation d'assurance \_\_\_\_\_  
Si Manuvie est l'assureur secondaire, veuillez joindre une copie des reçus ainsi que le relevé de règlement de l'assureur principal.

<b>5 Renseignements sur le patient</b>	<b>Nom du patient</b>	<b>Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1<sup>re</sup> demande seulement)</b>	<b>Lien avec le participant (1<sup>re</sup> demande seulement)</b>
À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**6 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.

**7 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; • date de la séance; • date du dernier règlement au titre du régime provincial (s'il y a lieu); et  
• nom du praticien; • durée de la séance; • numéro de permis.  
• genre de praticien; • coût du traitement;  
S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.

**8 Matériel et appareils médicaux** Veuillez 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

---

**9 Soins de la vue** Veuillez joindre un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants :

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

---

**10 Confirmation de la demande** Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande \_\_\_\_\_ \$ **NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés.**

---

### 11 Autorisation et consentement

**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 tous 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 fautive 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 fautive aux autorités policières en vue de poursuites possibles et que Manuvie pourrait prendre les mesures nécessaires pour recouvrer toute somme obtenue de manière irrégulière à la suite d'une fautive 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.

### VEUILLEZ SIGNER ICI

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date (jj/mmmm/aaaa) \_\_\_\_\_

---

### 12 Énoncé de confidentialité

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de demande de règlement Assurance maladie complémentaire 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](http://manuvie.ca).

---

**13 Envoi de la demande** Veuillez envoyer le formulaire de réclamation dûment rempli et les reçus à l'adresse suivante :

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

---

### 14 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](mailto: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](http://manuvie.com/accessibilite).

---

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers 2018. Tous droits réservés.

Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.