Manuvie

Demande de règlement - Assurance soins médicaux complémentaires Assurance collective

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 contrat :

Numéro de certificat du participant :

Promoteur de régime :

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 :

Code postal :

2 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.

3 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) :

Numéro de certificat du conjoint :

Nom de l'assureur du conjoint :

Numéro de contrat du conjoint :

Si Manuvie est l'assureur secondaire, veuillez joindre une copie des reçus ainsi que le relevé de règlement de l'assureur principal.

4 Numéro de contrat CCS

☐ Cochez cette case si vous souhaitez utiliser votre compte de crédits-santé (CCS) pour obtenir le remboursement des frais non réglés au titre de l'Assurance soins médicaux complémentaires.

(Si le patient bénéficie d'une garantie soins médicaux au titre d'un autre régime, vous **devez** demander un remboursement des frais non réglés au titre de l'autre régime **avant** d'utiliser votre CCS.)

5 Renseignements sur le patient

À remplir pour tous les frais engagés.

Utilisez une ligne par patient.

À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.

Nom du patient	**Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)** (1re demande seulement)	**Lien avec le participant** (1re demande seulement)	**École et ville**	**S'il travaille, nbre d'heures par sem.**

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;
- 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); et
- numéro de permis.

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

À faire remplir par le fournisseur.

Si votre contrat couvre les lentilles cornéennes nécessaires du point de vue médical, veuillez faire remplir la présente section :

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

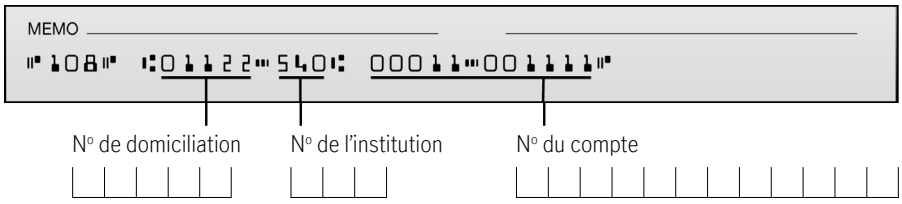
Signature du fournisseur : | Date (jj/mmmm/aaaa) :

10 Renseignements bancaires et adresse de courriel

À remplir **uniquement** pour donner de nouveaux renseignements ou pour les mettre à jour.

Visitez le site **manuvie.ca/participant** pour vous inscrire et ouvrir une session dans le site sécurisé à l'intention des participants. Ensuite, dans le menu Mon profil, adhérez au service de virement automatique des prestations et des relevés de règlement par voie électronique, **ou** remplissez cette section.

En fournissant vos renseignements bancaires, vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire. Trouvez vos renseignements bancaires sur un de vos chèques personnels ou relevés bancaires, ou communiquez avec votre succursale.



Si vous fournissez une adresse de courriel, vous recevrez un avis par courriel lorsque votre demande de règlement aura été traitée. Ce courriel comprendra un lien vers le site de Manuvie à l'adresse **manuvie.ca**, où vous pourrez ouvrir une session pour consulter vos relevés de règlement électroniques. Pour pouvoir consulter vos relevés de règlement électroniques et mettre fin à l'envoi de relevés de règlement papier, allez à l'adresse **manuvie.ca/participant** pour vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants.

Adresse électronique (en caractères d'imprimerie) :

11 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.

12 Autorisation et consentement

Je confirme ce qui suit :

Les renseignements fournis dans le présent formulaire et tout autre renseignement que je pourrais fournir ultérieurement à Manuvie, oralement ou par écrit, sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets.

Je comprends ce qui suit :

- Ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture peut prendre fin, si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs.
- Si Manuvie détermine qu'une demande de règlement qui a été présentée :
  - est incorrecte, la demande de règlement sera corrigée et toutes les sommes payées en trop seront recouvrées par Manuvie;
  - est fausse, la demande, ainsi que tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime, et toute fausse demande pourra être transmise aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de possibles poursuites.
- Je dois rembourser toute somme que je pourrais devoir à Manuvie ou au promoteur de mon régime conformément aux dispositions de mon contrat d'assurance collective, et j'autorise la déduction de ces sommes de mes futures demandes de règlement.

Protection des renseignements confidentiels

J'autorise :

- Manuvie et ses fournisseurs de services, ainsi que ses réassureurs et leurs fournisseurs de services, à recueillir, à utiliser, à conserver et à divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande de règlement (les « Renseignements personnels ») aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, des vérifications, du traitement de ma demande de règlement et à toute autre fin désignée dans la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (collectivement, les « Fins »).
- Toute personne ou toute organisation détenant des Renseignements personnels me concernant, entre autres, tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou toute autre installation offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout service d'enquête, à recueillir, à utiliser, à conserver, à divulguer lesdits Renseignements personnels, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux Fins susmentionnées.
- L'utilisation de mon numéro d'assurance sociale («NAS») à des fins d'identification et d'administration, si mon NAS correspond à mon numéro de certificat.

Je comprends ce qui suit :

- Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs se trouvent au Canada et à l'étranger. Par conséquent, mes Renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux Fins susmentionnées et peuvent donc être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Une décision concernant ma demande de règlement peut être prise exclusivement en fonction du processus décisionnel automatisé qui utilise mes Renseignements personnels.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes Renseignements personnels, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Je ne peux pas retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Manuvie des Renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande de règlement. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation ou de résiliation de ma demande de règlement.
- J'ai le droit de consulter mes Renseignements personnels qui sont consignés aux dossiers de Manuvie, d'en vérifier l'exactitude et de demander, au besoin, que des corrections y soient apportées.

Envoyer toute demande à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, Del Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6** ou à **Canada_Privacy@manulife.ca**.

Pour en savoir plus, je peux consulter la **Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs** et la **Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne**.

J'autorise Manuvie à utiliser l'adresse courriel que j'ai fournie comme moyen de communication supplémentaire au sujet de mon dossier. Je reconnais que la correspondance par courriel peut contenir des Renseignements personnels à mon sujet, y compris, mais sans s'y limiter, des renseignements sensibles comme des renseignements médicaux, professionnels et financiers. Je comprends que le courriel n'est pas encore un moyen de communication sûr. Je comprends qu'il m'incombe de mettre à jour l'adresse courriel conservée par Manuvie. Je comprends que je peux révoquer l'utilisation de mon adresse courriel en tout temps en la supprimant en ligne ou en communiquant avec Manuvie.

S'il y a lieu, j'autorise Manuvie à déposer dans le compte bancaire que j'ai indiqué dans le présent formulaire (le « Compte ») toutes les prestations qui me sont dues au titre du contrat d'assurance collective susmentionné (les « Prestations »). Je confirme que la présente autorisation de dépôt bancaire direct s'applique à l'institution financière que j'ai désignée aux présentes et à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir, et qu'elle restera valide tant qu'elle n'a pas été révoquée par écrit par moi-même ou par mon représentant dûment autorisé.

Je comprends et j'accepte qu'après le dépôt de toutes les Prestations dans le Compte, Manuvie est entièrement libérée de toute responsabilité à l'égard de ces Prestations. Je comprends et j'accepte également que Manuvie peut, en tout temps et sans préavis, mettre fin au dépôt direct des Prestations, comme demandé dans la présente, et exiger mon approbation personnelle par écrit pour des Prestations futures. Je reconnais et j'accepte également par la présente que toutes les Prestations versées par Manuvie dans le Compte, mais auxquelles je n'ai pas droit, au titre d'un contrat ou en vertu de la loi, ne feront pas partie de mes biens et devront être immédiatement remboursées à Manuvie, par moi-même ou par les représentants de ma succession.

Je comprends que les dépenses remboursées au titre du compte de crédits-santé ne peuvent pas être utilisées aux fins de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si le remboursement de ces dépenses a des conséquences fiscales, il m'incombera de payer ces impôts.

Veuillez signer ici

Signature du participant :	Date (jj/mmmm/aaaa) :

13 Envoi de la demande

Veuillez envoyer le formulaire de réclamation dûment rempli et les reçus à l'adresse suivante :

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

Impression

Réinitialiser

Manuvie

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