

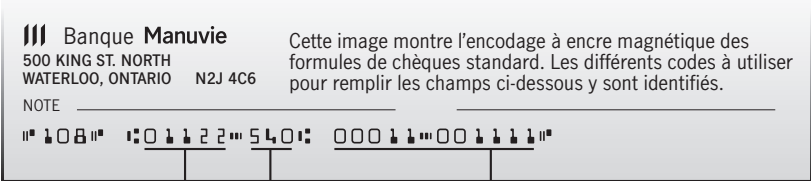
Demande de règlement Assurance maladie complémentaire Solutions Assurance et Retraite collectives

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 98596	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime Gestionnaires d'assurance Victor inc.	
	Participant (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	
	Province	Code postal	Numéro de téléphone ()	
	Les frais sont-ils remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Est-ce que vous ou votre conjoint êtes couverts par un autre régime prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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	Numéro de contrat du conjoint	Numéro de certificat du conjoint	
Inscrivez-vous au site sécurisé des participants dès aujourd'hui! Grâce au site sécurisé des participants , vous avez facilement accès aux avantages et aux renseignements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de recevoir vos prestations jusqu'à 80% plus rapidement que par chèque grâce au virement automatique des prestations; • présentation de vos demandes de règlement en ligne ou à partir de l'application mobile de l'Assurance collective – plus besoin de remplir et de poster un formulaire imprimé; • envoi des relevés de règlement par voie électronique et accès aux données sur vos demandes antérieures; • des renseignements sur le service Présentation en ligne des demandes de règlement – Fournisseurs*, moyen pratique pour vos fournisseurs de soins de santé de présenter des demandes en votre nom; rendez-vous à l'adresse manuvie.ca/participant/demandesenligne/fournisseurs. Accédez au site manuvie.ca/participant dès aujourd'hui pour profiter des fonctions libre-service en ligne. Tous les renseignements sur votre couverture en quelques clics!				
2 Renseignements sur le patient Utilisez une ligne par patient.	Nom du patient		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Frais engagés
	<input type="radio"/> Retraité <input type="radio"/> Conjoint			
<input type="radio"/> Retraité <input type="radio"/> Conjoint				
3 Médicaments sur ordonnance	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (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 : <ul style="list-style-type: none"> • nom du patient; • date de la séance; • date du dernier règlement au titre du régime provincial (s'il y a lieu); • nom du praticien; • durée de la séance; • numéro de permis. • genre de praticien; • coût du traitement; 			
5 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?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Veuillez remplir la page suivante.

6 Soins de la vue	<p>Veillez joindre un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nom du patient; • coût de la teinture des verres; • date de l'examen de la vue; • coût des lunettes; • coût des lentilles cornéennes; • traitement; • coût de l'examen de la vue; • honoraires professionnels; • date de paiement des services. 				
7 Renseignements bancaires nécessaires au virement automatique NOTA : Si vous êtes déjà inscrit au service de virement automatique de Manuvie, il n'est pas nécessaire de remplir la présente section.	<p>Pour que les prestations à verser à l'égard de la présente demande de règlement et de vos demandes ultérieures puissent être virées à votre compte bancaire, veuillez joindre à la présente demande un chèque portant la mention « nul » et cocher la case ci-dessous.</p> <p><input type="radio"/> Oui. J'ai joint un chèque portant la mention « nul » ou j'ai rempli la présente section, et je souhaite que mes prestations soient virées dorénavant à mon compte bancaire.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>  </p> <p style="font-size: small;"> Numéro de domiciliation Numéro de l'institution Numéro du compte </p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom de l'institution financière</td> <td style="width: 15%;">Numéro de domiciliation</td> <td style="width: 15%;">Numéro de l'institution</td> <td style="width: 15%;">Numéro du compte</td> </tr> </table>	Nom de l'institution financière	Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution	Numéro du compte
Nom de l'institution financière	Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution	Numéro du compte		
8 Confirmation de la demande NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés. Veillez signer ici.	<p>Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande \$</p> <p>Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même ou mon conjoint et que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) à recueillir, à utiliser, à conserver et à divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande de règlement (renseignements) aux fins de la gestion du régime, de vérifications et du traitement de ma demande de règlement. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, assureur, service d'enquête et administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux, à recueillir, à utiliser, à conserver – et à échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins précisées ci-dessus. S'il y a lieu, j'autorise Manuvie à virer au compte indiqué dans le présent formulaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat susmentionné relatif à la couverture des retraités. Je confirme que l'autorisation de virement automatique s'applique à l'institution financière que j'ai désignée dans le présent formulaire et à toute autre institution financière que je pourrais désigner dans l'avenir, et qu'elle demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée par écrit par moi ou mon représentant dûment autorisé. Je reconnais qu'après le virement des prestations au compte, Manuvie n'est liée par aucune autre obligation à l'égard de ces prestations. Je reconnais également que Manuvie peut à tout moment et sans préavis mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel relativement aux prestations futures. En outre, je reconnais que toutes prestations virées à mon compte par Manuvie et auxquelles je n'ai pas droit au titre du contrat ou en vertu de la loi ne feront pas partie de mes biens et devront être remboursées immédiatement à Manuvie, par moi ou par les représentants de ma succession. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Signature du participant</td> <td style="width: 30%;">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)		
Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)				
9 Énoncé de confidentialité	<p>Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie des retraités. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; • les personnes autorisées par la loi. <p>Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et y apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Services aux promoteurs, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Vous trouverez dans le site manuvie.ca notre politique de confidentialité et nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels.</p>				
10 Envoi de la demande Les frais qui pourraient être exigés pour remplir le présent formulaire ne sont pas pris en charge par Manuvie.	<p>Veillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et l'original des reçus correspondants par courrier à l'adresse appropriée.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Si vous habitez à l'extérieur du Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux P.O. Box 1653 Waterloo (Ontario) N2J 4W1</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Si vous habitez au Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux C. P. 2580, succ. B Montréal (Québec) H3B 5C6</p> </td> </tr> </table>	<p>Si vous habitez à l'extérieur du Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux P.O. Box 1653 Waterloo (Ontario) N2J 4W1</p>	<p>Si vous habitez au Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux C. P. 2580, succ. B Montréal (Québec) H3B 5C6</p>		
<p>Si vous habitez à l'extérieur du Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux P.O. Box 1653 Waterloo (Ontario) N2J 4W1</p>	<p>Si vous habitez au Québec : Solutions Assurance et Retraite collectives Manuvie Règlements Soins médicaux C. P. 2580, succ. B Montréal (Québec) H3B 5C6</p>				
11 Soutien Pour toute question portant sur les fonctions libre-service et le traitement des demandes de règlement.	<p> manuvie.ca/participant</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inscrivez-vous au site sécurisé des participants et envoyez un message par courriel à notre Service à la clientèle.</p> <p> 1 800 268-6195 – Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (HE)</p>				

*Le service Présentation en ligne des demandes de règlement – Fournisseurs est fourni par TELUS Santé pour le compte de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).
 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.