

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) : _____ Nom de l'assureur du conjoint : _____

Numéro de contrat du conjoint : _____ Numéro de certificat 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.

Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) <small>(1^{re} demande seulement)</small>	Lien avec le participant <small>(1^{re} demande seulement)</small>	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
			École et ville	S'il travaille, n ^{bre} 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;	• 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

12. Autorisation et consentement (suite)

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 Station 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.

Veillez signer ici

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

13. Envoi de la demande

Veillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus correspondants par la poste à l'adresse suivante :

**Assurance collective Manuvie
Règlements Maladie**

P.O. Box 1616 Station Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0C8