



Financière Manuvie

Demande de règlement Soins dentaires

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire.
Veuillez conserver copie du formulaire et, s'il y a lieu, des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

1 Renseignements sur le participant/salarié

Vos numéros de contrat, de compte/division et de certificat figurent sur votre carte d'identification.

Contrat n°	Compte/Div. n°	Certificat n°	Promoteur de régime/Employeur	
Participant/Salarié (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal
Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec le participant (1 ^{re} demande seulement)	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.

Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez conserver copie du formulaire et, s'il y a lieu, des reçus 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	Contrat n°	Certificat n°
--	----------------------	------------	---------------

Ces frais sont-ils remboursables par la CSST ou la CAT? ☐ Oui ☐ Non

Les soins sont-ils nécessaires par suite d'un accident?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, précisez quand, où et comment la blessure est survenue.

--

L'un des traitements est-il à des fins orthodontiques? ☐ Oui ☐ Non

Si la demande porte sur une **prothèse amovible**, un **pont** ou une **couronne**, précisez s'il s'agit d'une première pose ou d'un remplacement et fournissez les renseignements complémentaires demandés.

Première pose

Précisez la date d'extraction des dents s'il s'agit d'une prothèse amovible ou d'un pont.

Date (jj/mmmm/aaaa)

Remplacement

Indiquez la date de la pose précédente et la raison du remplacement de la prothèse amovible, du pont ou de la couronne.

Date (jj/mmmm/aaaa)

Raison

--	--

2 Confirmation de la demande

Je certifie que tous les biens et les services faisant l'objet de la demande ont été reçus par moi-même ou les personnes à ma charge.

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets.

J'autorise tout professionnel de la santé, toute autre compagnie d'assurance, la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou la Commission des accidents du travail, mon employeur ou toute autre personne à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie et nécessaires au traitement de ma 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 collective.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

Signature du participant/salarié	Date (jj/mmmm/aaaa)
----------------------------------	---------------------

Veuillez signer ici.



Financière Manuvie

FINANCIÈRE MANUVIE
RÈGLEMENTS FRAIS DENTAIRE, COLLECTIVE
PO BOX 1654
WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W2

À faire remplir par le dentiste.

Demande de règlement Soins dentaires

[illegible]

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés et les représentants 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.