

Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire

*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.*

Si la demande de règlement porte sur des frais engagés pour l'achat de médicaments :

Porte-t-elle sur des frais engagés pour l'achat de médicaments **uniquement**? ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'une carte Médicaments à tiers payant de la Financière Manuvie? ☐ Oui ☐ Non

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/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province Code postal

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

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 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/mm/aaaa)	Assureur du conjoint	Contrat n°	Certificat n°
--	----------------------	------------	---------------

2 Renseignements sur le patient

À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.

Nom du patient	Date de naissance (jj/mm/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, nombre d'heures par sem.

3 Médicaments

- Veuillez joindre les reçus des médicaments d'ordonnance au verso.
- Le code DIN et le nom du médicament doivent figurer sur tous les reçus.
- Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur le présent formulaire.

Veuillez remplir la page suivante.

4 Services

paramédicaux

(Services d'un chiropraticien, d'un massothérapeute, d'un physiothérapeute, etc.)

Veillez 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);
- numéro de permis.

S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.

Le patient a-t-il été adressé par un médecin?

☐ Oui

☐ Non

5 Matériel et appareils médicaux

Veillez 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

6 Confirmation de la demande

NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés.

Total de TOUS les frais faisant l'objet 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.

Veillez signer ici.

Signature du participant/salarié

Date (jj/mmmm/aaaa)

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.