

Établissement _____

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire. Veuillez joindre l'original des reçus pour tous les frais engagés. Veuillez conserver copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

En cas de doute sur l'admissibilité ou le remboursement de frais médicaux, il est fortement suggéré de communiquer directement avec Financière Manuvie au 1 800 268-6195.

1- Renseignements sur le participant

Nom	Prénom	N° de certificat	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
-----	--------	------------------	--------------------------------

Adresse

Numéro	Rue	Appartement	Ville	Province	Code postal
--------	-----	-------------	-------	----------	-------------

La demande a-t-elle trait à un accident?	Oui	Non	Accident du travail	Accident d'automobile
Si oui, veuillez indiquer la date et préciser les circonstances				
			(aaaa-mm-jj)	Circonstances

Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à 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		Assureur	Numéro de contrat
	(aaaa-mm-jj)		Numéro de certificat

Demandez le virement automatique des prestations et obtenez des relevés de règlement électroniques

- Touchez vos prestations jusqu'à 70 % plus rapidement que par chèque et ayez accès à vos relevés de règlement en ligne.
- Rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants.

2- Nom et prénom des personnes ayant engagé des frais (À remplir pour tous les frais engagés)

Nom	Prénom	Date de naissance <small>(aaaa-mm-jj)</small>	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3- 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.
Les médicaments pouvant être obtenus sans ordonnance ne sont pas remboursables même lorsque prescrits par votre médecin. Veuillez donc vous référer à votre pharmacien afin de vérifier le statut de votre médicament.

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 :

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| - Nom du patient | - Durée de la séance |
| - Nom et adresse du praticien | - Coût du traitement |
| - Genre de praticien | - Numéro de permis |
| - Date de la séance | |

5- Matériel et appareils médicaux (Glucomètre, tensiomètre, chaussures orthopédiques, chaise roulante, etc.)

Veillez joindre la recommandation écrite du médecin ayant prescrit le matériel, y compris le diagnostic.

Nous recommandons fortement de présenter à la Financière Manuvie une demande d'estimation avant l'achat de matériel ou d'appareils médicaux afin qu'ils puissent confirmer si les frais ouvrent droit à un remboursement.

Activités nécessitant l'utilisation de l'article

Si applicable, Matériel requis pour la période suivante : du _____ au _____
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

Si applicable, Le matériel loué a-t-il été retourné? Oui Non

6- Confirmation de la demande

Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande _____ \$

Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver - et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services - les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature de l'employé

Date (aaaa-mm-jj)

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de 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 à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

7- Envoi de la demande

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

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