

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 Renseignements sur le patient	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.
À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

5 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.

6 Services paramédicaux 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
- nom du praticien;
- durée de la séance;
- (s'il y a lieu); et
- genre de praticien;
- coût du traitement;
- numéro de permis.

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

7 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

Veuillez remplir la page suivante.

