

Demande de règlement – Compte de crédits-santé Assurance collective

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

1 Renseignements sur le participant	Numéro de contrat	Numéro de division	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime	
	Participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal

2 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)	Lien avec le participant

3 Type de demande de règlement <i>Aucune couverture en vertu d'un régime du conjoint ou des personnes à charge</i> <i>Couverture du conjoint ou des personnes à charge – Financière Manuvie : premier assureur</i> <i>Couverture du conjoint ou des personnes à charge – Financière Manuvie : deuxième assureur</i> <i>Aucune couverture</i>	Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> la case appropriée :
	<input type="radio"/> Votre demande de règlement porte sur des frais médicaux ou dentaires qui sont remboursables en vertu de votre garantie Maladie ou Soins dentaires, mais qui ne le sont pas en vertu d'un régime du conjoint ou des personnes à charge. Si vous désirez que le solde non remboursé en vertu de votre garantie Maladie ou Soins dentaires le soit à même votre compte de crédits-santé, veuillez joindre les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • l'original des reçus; • un formulaire Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire ou Demande de règlement Soins dentaires dûment rempli; • un formulaire Demande de règlement – Compte de crédits-santé dûment rempli.
	<input type="radio"/> Votre demande de règlement porte sur des frais médicaux ou dentaires pour lesquels vous avez été remboursé en partie en vertu de votre garantie Maladie ou Soins dentaires et du régime de votre conjoint ou des personnes à votre charge. Si vous désirez que le solde non remboursé le soit à même votre compte de crédits-santé, veuillez joindre les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une copie des reçus; • tous les bordereaux de prestations des assureurs; • un formulaire Demande de règlement – Compte de crédits-santé dûment rempli.
	<input type="radio"/> Votre demande de règlement porte sur des frais médicaux ou dentaires pour lesquels vous avez été remboursé en partie en vertu du régime de votre conjoint ou des personnes à votre charge. Si vous désirez que le solde non remboursé le soit en vertu de votre garantie Maladie ou Soins dentaires, puis à même votre compte de crédits-santé, veuillez joindre les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une copie des reçus; • les bordereaux de prestations de l'autre assureur; • un formulaire Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire ou Demande de règlement Soins dentaires dûment rempli; • un formulaire Demande de règlement – Compte de crédits-santé dûment rempli.
	<input type="radio"/> Votre demande de règlement porte sur des frais médicaux ou dentaires qui ne sont remboursables en vertu d'aucun régime. Si vous désirez que les frais soient remboursés à même votre compte de crédits-santé, veuillez joindre les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • l'original des reçus; • un formulaire Demande de règlement – Compte de crédits-santé dûment rempli.

4 Envoi de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Agrafez au verso les reçus et, s'il y a lieu, un formulaire Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire ou Demande de règlement Soins dentaires dûment rempli et les bordereaux de prestations des assureurs. • Insérez le présent formulaire dûment rempli dans une enveloppe et envoyez le tout à l'adresse suivante : FINANCIÈRE MANUVIE RÈGLEMENTS MALADIE, COLLECTIVE P.O. BOX 1653 WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W1
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Veuillez remplir la page suivante.

5 Confirmation de la demande

Total de **TOUS** les frais figurant sur les reçus

\$

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 la 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 comprends** que les frais remboursés à même le compte de crédits-santé ne peuvent pas donner lieu à une déduction d'impôt. **Je comprends** que si le remboursement de ces frais a une incidence fiscale, je suis responsable du paiement de l'impôt s'y rattachant. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **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.

Veillez signer ici.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

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.