

Manuvie Assurance individuelle - Demande de règlement Assurance maladie complémentaires

Important : Assurez-vous d'utiliser le bon formulaire de demande de règlement pour votre régime.

Utilisez ce formulaire pour les régimes d'assurance individuelle **seulement**. Si vous participez à un régime d'assurance collective de Manuvie, utilisez le formulaire *Demande de règlement Soins médicaux complémentaires Assurance collective* de Manuvie GL3576F pour présenter votre demande de règlement. Toute demande de règlement au titre d'un régime d'assurance individuelle qui n'est pas présentée au moyen du présent formulaire de demande de règlement CM5000 vous sera retournée et **ne sera pas traitée**.

Assurez-vous de joindre les reçus originaux pour toutes les dépenses. Les reçus originaux ne vous seront pas retournés. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers. Sauf indication contraire, l'assuré doit remplir ce formulaire.

1 Renseignements sur l'assuré

Numéro de régime _____ Numéro d'attestation d'assurance _____

Nom de l'assuré (prénom et nom de famille) _____

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Numéro de téléphone _____

Adresse de l'assuré (numéro, rue et bureau ou app.) _____

Vos relevés de règlement vous seront envoyés à l'adresse figurant au dossier. Si vous avez déménagé ou si votre adresse est différente de celle indiquée dans le présent formulaire, mettez à jour vos renseignements à l'adresse **manuvie.ca/servicesecurise** pour éviter les retards de paiement.

Ville _____ Province ou État _____ Code postal ou code ZIP _____

2 Paiements plus rapides

Manuvie passe au numérique – profitez-en dès maintenant! Obtenez le remboursement de vos demandes de règlement rapidement et gagnez du temps à l'avenir.

Rendez-vous à l'adresse **manuvie.ca/servicesecurise** pour vous inscrire au service de virement automatique des prestations et de présentation en ligne des demandes de règlement, mettre à jour les renseignements sur les paiements et consulter les renseignements sur vos garanties, et plus encore.

3 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.

4 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 d'attestation d'assurance _____

Si nous sommes votre deuxième assureur et que vous nous soumettez le solde de la demande de règlement, assurez-vous de joindre une copie de vos reçus au présent formulaire de demande de règlement. Veuillez également inclure les relevés de règlement de l'autre assureur qui indiquent le montant payé. Vous ne pouvez pas coordonner vos prestations ni demander un remboursement à même votre compte de crédits-santé de Manuvie. Consultez votre Convention du titulaire de carte pour connaître l'ensemble des modalités.

5 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 pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par patient.

6 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.

7 Services paramédicaux

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

Assurez-vous de joindre un relevé ou un reçu **détaillé** qui comprend 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); et
- numéro de permis.

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

8 Équipement et appareils médicaux

Vous **devez** présenter une demande d'autorisation préalable et une recommandation écrite d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour les articles suivants : appareils auditifs, orthèses, prothèses, équipement médical et fournitures médicales. Remplissez l'autorisation préalable pour les soins à domicile, les appareils auditifs, les soins infirmiers, les orthèses, les prothèses, l'équipement médical et les fournitures médicales (**CM5006**) au complet et joignez tous les renseignements demandés. Nous n'accepterons pas ou ne traiterons pas d'estimations ou de demandes de cession des prestations à un tiers qui sont jointes au présent formulaire de demande de règlement. **Ne vous** inscrivez pas pour recevoir des appareils ou fournitures qui coûtent plus de 300 \$, ne les achetez pas ou ne présentez pas de demandes de règlement portant sur ces appareils ou fournitures avant de recevoir des renseignements sur l'approbation ou le refus de votre demande. Assurez-vous de joindre une copie de la décision d'approbation préalable de Manuvie lorsque vous nous présentez votre demande de règlement aux fins de remboursement.

Nom de l'article faisant l'objet de la demande de règlement (indiquez le type, le modèle ou la marque) : Numéro de modèle ou de série (s'il y a lieu)

Activités pour lesquelles l'article sera utilisé :

8 Équipement et appareils médicaux (suite)

Avez-vous reçu une recommandation écrite (ordonnance) pour cet appareil d'un médecin ou d'un infirmier praticien? Oui Non

Si « non », veuillez donner des précisions : _____

Équipement requis pour la période suivante : **De** : Date (jj/mmmm/aaaa) _____ **À** : Date (jj/mmmm/aaaa) _____

L'équipement loué a-t-il été retourné (s'il y a lieu)? Oui Non

Les frais pour des appareils auditifs, des orthèses, des prothèses, de l'équipement médical ou des fournitures médicales sont-ils supérieurs à 300 \$? Oui Non

Dans l'affirmative, **avant d'effectuer votre achat**, nous avez-vous fait parvenir une demande d'autorisation préalable comprenant tous les éléments suivants? Oui Non

Recommandation ou ordonnance écrite d'un médecin ou d'un infirmier praticien, diagnostic et copie de la déclaration concernant tout plan de financement provincial ou territorial.

Si « non », veuillez donner des précisions : _____

Nous ne rembourserons pas les frais engagés pour les appareils auditifs, les orthèses, les prothèses, l'équipement médical et les fournitures médicales de plus de 300 \$ qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable.

9 Soins de la vue

Assurez-vous de joindre un relevé ou un reçu détaillé qui comprend les renseignements suivants :

- nom du patient;
- coût de la chirurgie au laser;
- date de l'examen de la vue;
- Date du dernier règlement au titre du régime public d'assurance maladie ou du plafond au titre du régime public d'assurance maladie atteint (s'il y a lieu)
- coût des lentilles cornéennes;
- honoraires professionnels;
- coût de la teinture des verres;
- coût des lunettes;
- coût de l'examen de la vue;
- date de paiement des services;

10 Adresse de courriel

En fournissant votre adresse de courriel, vous recevrez un avis par courriel une fois que votre demande de règlement aura été reçue et traitée, y compris un lien vers le site **manuvie.ca/service securise** pour vous inscrire au service de virement automatique des prestations et de présentation en ligne des demandes de règlement, et consulter les renseignements sur vos garanties.

Remplissez **uniquement** lorsque vous fournissez des renseignements nouveaux ou mis à jour.

Adresse de courriel (veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie)

11 Confirmation de la demande

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

Remarque : Vous devez inclure les **reçus originaux** pour toutes les dépenses.

12 Autorisation et consentement

En présentant une demande de règlement à Manuvie, je confirme que je comprends et accepte toutes les conditions suivantes :

Je certifie que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande de règlement sont véridiques, exacts et complets et que toutes les fournitures et tous les soins et services faisant l'objet de cette demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint, mon codemandeur ou les personnes à ma charge, et que nous sommes admissibles au régime. **Je reconnais** que la présentation d'une demande de règlement jugée fautive ou inexacte par Manuvie pourrait causer la résiliation de la couverture par Manuvie sans autre avertissement. **Je reconnais** que Manuvie peut transmettre toute demande de règlement jugée fautive aux autorités policières en vue de poursuites possibles et que Manuvie pourrait prendre les mesures nécessaires pour recouvrer toute somme obtenue de manière irrégulière à la suite d'une fautive demande de règlement. **J'accepte** également de rembourser toute somme ou tout trop-perçu que je pourrais devoir à Manuvie conformément aux dispositions de mon régime et **j'autorise** celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations futures. **J'autorise** toute personne ou toute organisation détenant des renseignements sur moi ou sur des membres de ma famille à recueillir, à utiliser, à tenir – et à échanger entre eux et avec Manuvie ou les fournisseurs de services de Manuvie – ces renseignements afin d'administrer mon régime, de vérifier ou d'évaluer mes demandes de règlement. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements ou prestataires de soins de santé, les organismes de réglementation, les assureurs, les enquêteurs et les administrateurs d'autres programmes d'avantages sociaux. **Je comprends** et reconnais que je dois transmettre une autorisation préalable accompagnée d'une recommandation écrite du médecin prescripteur ou de l'infirmier praticien, y compris le diagnostic, et une copie du bordereau de prestations du régime provincial ou un formulaire d'autorisation préalable rempli avant tout achat ou toute soumission de demandes de règlement portant sur des soins à domicile, des appareils auditifs, des soins infirmiers, des orthèses, des prothèses, de l'équipement médical et des fournitures médicales de plus de 300 \$. **Je reconnais** également que ma demande de règlement pourrait ne pas être remboursée si je ne présente pas une demande d'autorisation préalable à Manuvie pour des articles nécessitant une autorisation préalable. **Je reconnais** et j'accepte toutes les exclusions de mon contrat, y compris pour les prestations non payables pour les appareils auditifs, les orthèses, les prothèses, l'équipement médical et les fournitures médicales dont le montant est supérieur aux lignes directrices de Manuvie. **Je reconnais** également qu'aucune prestation n'est payable pour les articles que Manuvie juge être supérieurs aux frais habituels, raisonnables et habituels, ou les frais pour des appareils qui ne figurent pas sur la liste des appareils approuvés de Manuvie. **Je reconnais** également qu'aucune prestation n'est payable pour les frais engagés pour des appareils auditifs, des orthèses, des prothèses, de l'équipement médical et des fournitures médicales additionnels ou de remplacement qui ne respectent pas les lignes directrices de Manuvie en matière de remplacement. Il est entendu qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original. S'il y a lieu, j'autorise Manuvie à utiliser l'adresse de courriel fournie comme moyen de communication avec moi au sujet de ma couverture de soins médicaux du régime d'assurance individuelle. **Je conviens** que Manuvie n'encourt aucune responsabilité à l'égard des préjudices que je pourrais avoir subis à la suite de l'interception par un tiers d'un courriel envoyé par Manuvie ou par moi relativement à la présente autorisation. **Je conviens** que, en cas de changement de l'adresse de courriel figurant dans le présent formulaire, il m'incombe de faire mettre à jour l'adresse conservée par Manuvie. **Je comprends** que si je ne souhaite pas recevoir de courriels de Manuvie, je peux me désabonner, supprimer mon adresse électronique en ligne ou communiquer avec notre Centre d'information au 1 800 268-3763 pour faire supprimer mon adresse électronique.

Veuillez signer ici : Votre demande de règlement ne sera pas traitée sans votre signature originale. La signature numérique n'est pas valide.

Signature de l'assuré _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

13 Envoi de la demande

Veuillez envoyer par la poste votre formulaire de demande de règlement dûment rempli, vos reçus originaux et votre avis d'autorisation préalable portant sur les appareils auditifs, les orthèses, les prothèses, l'équipement médical et les fournitures médicales de plus de 300 \$ (s'il y a lieu) à l'adresse suivante :

**Assurance individuelle - Manuvie Règlements Soins médicaux
C.P. 670, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8**

14 Énoncé de confidentialité

Les renseignements précis et détaillés demandés dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement de la demande présentée par l'assuré. Afin de préserver la confidentialité de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) créera un dossier de services financiers. Les renseignements contenus dans ce dossier seront utilisés pour traiter la demande, offrir et administrer les services, et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, aux mandataires et aux administrateurs responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des demandes de règlement de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et des services est facultatif, et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant au : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn. 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Une copie de notre politique de confidentialité se trouve sur le site **manuvie.ca**.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **manuvie.ca/accessibilite** pour obtenir de plus amples renseignements.

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers 2020. Tous droits réservés. Manuvie, C.P. 670, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. manuvie.ca 1 800 268-3763