

Il est maintenant encore plus facile, plus rapide et plus efficace de présenter vos demandes de règlement pour Soins médicaux et Soins dentaires.

Sur le site **Manuvie.ca/servicesecurise**, vous pouvez :

- **présenter facilement vos demandes de règlement** – plus besoin de papier ni de courrier par la poste;
- obtenir vos **remboursements jusqu'à 80 % plus rapidement** grâce au virement automatique des prestations – plus besoin d'attendre de chèques;
- consulter **l'historique de vos demandes de règlement et les frais remboursables**;
- **mettre à jour vos coordonnées**.

Rendez-vous sur **Manuvie.ca/servicesecurise** pour vous inscrire.

P A T I E N T	NOM	PRÉNOM	N° UNIQUE	CODE DU SPÉC.	NUMÉRO DE DOSSIER DU PATIENT
	ADRESSE		APPARTEMENT	D E N T I S T TÉLÉPHONE	
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL		
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.			JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.		
			SIGNATURE DU PARTICIPANT		
			IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS.		
			JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ \$, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL MA ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR		
			VÉRIFICATION		

☐
 DUPLICATA

[illegible]☐ COCHEZ ICI S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT.

SI LES FRAIS DE TRAITEMENT PRÉVUS SONT SUPÉRIEURS À 500 \$, IL EST RECOMMANDÉ DE SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT MARCHÉS DES GROUPES À AFFINITÉS MANIIVIE

DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE
LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE
TRAITEMENT (EX. : COURONNES ET PONTS).

1. NUMÉRO DE RÉGIME	VOTRE N° DE TÉLÉPHONE
NOM DE L'ASSUREUR	NUMÉRO D'ATTESTATION D'ASSURANCE
2. VOTRE NOM (EN LETTRES MOULÉES)	VOTRE DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA)

Veuillez remplir les deux pages du présent formulaire.

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT

NOM DE L'ASSUREUR

DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA)

2. LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS REMBOURSABLES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, PAR UNE COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU PAR UN RÉGIME PUBLIC? ☐ NON ☐ OUI

NUMÉRO DE CONTRAT

DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MMMM/AAAA)

3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. ☐ NON ☐ OUI

4. SI LA DEMANDE PORTE SUR UNE PROTHÈSE AMOVIBLE, UNE COURONNE OU UN PONT, S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE POSE? SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT. ☐ NON ☐ OUI

5. L'UN DES TRAITEMENTS EST-IL À DES FINS ORTHODONTIQUES? ☐ NON ☐ OUI

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

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 TOUTS 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 FAUSSE 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 FAUSSE AUX AUTORITÉS POLICIÈRES EN VUE DE POURSUITES POSSIBLES ET QUE MANUVIE POURRAIT PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR RECOURRER TOUTE SOMME OBTENUE DE MANIÈRE IRRÉGULIÈRE À LA SUITE D'UNE FAUSSE 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 ORGANISATION – NOTAMMENT TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, ÉTABLISSEMENT OU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ, ORGANISME DE RÉGLEMENTATION PROFESSIONNEL, EMPLOYEUR, ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU D'AUTRES PROGRAMMES D'AVANTAGES SOCIAUX, ASSUREUR ET SERVICE D'ENQUÊTE – DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME, MON CONJOINT, MON CODEMANDEUR OU LES PERSONNES À MA CHARGE À RECUEILLIR, À UTILISER, À CONSERVER ET À ÉCHANGER ENTRE EUX ET AVEC MANUVIE OU SES PRESTATAIRES DE SERVICES TOUT RENSEIGNEMENT NÉCESSAIRE DANS LE CADRE DE LA GESTION DU RÉGIME, DE VÉRIFICATIONS ET DU TRAITEMENT DE MA DEMANDE. **IL EST ENTENDU** QU'UNE PHOTOCOPIE, UNE TÉLÉCOPIE OU UNE VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE (JJ/MMMM/AAAA)

SECTION 5 – ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels fournis dans le but de traiter votre demande, d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer notre entreprise et de nous conformer aux exigences légales et réglementaires. Nous recueillons des renseignements personnels auprès de vous, de votre conseiller ou de vos représentants autorisés, des tiers que vous autorisez à partager des renseignements avec nous ou qui fournissent, entretiennent et administrent vos produits et services maintenant ou à l'avenir, ainsi que des sources publiques. Nous divulguons vos renseignements personnels à nos employés, agents, représentants, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquelles nous faisons affaire dans le cadre de l'émission et de l'administration de vos produits et services, maintenant et à l'avenir. En outre, nos employés ou fournisseurs de services qui ont besoin de ces informations pour exécuter leurs services pour nous (par exemple, traitement de données, programmation, stockage de données, études de marché, services d'impression et de distribution, agences paramédicales et d'enquête). À moins qu'il n'y ait des restrictions contractuelles, vos renseignements personnels peuvent être consultés ou transférés au Canada ou à l'étranger et peuvent être assujettis aux lois de ces juridictions. Vous pouvez retirer votre consentement, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Vous avez également le droit d'accéder à vos renseignements personnels conservés dans nos dossiers et de les corriger. Une décision est fondée exclusivement sur le traitement automatisé de vos renseignements personnels. Si votre dossier n'avait pas été approuvé automatiquement, un représentant de Manuvie l'aurait examiné pour prendre une décision. Dans ce cas, la décision ne serait pas fondée sur un traitement automatisé. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez consulter notre Politique de confidentialité canadienne à l'adresse **manuvie.ca** ou nous envoyer un courriel à l'adresse **Canada_Privacy@Manulife.ca**. Des questions ? Veuillez téléphoner à notre centre de service à la clientèle au 1 800 268-3763.

SECTION 6 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUTS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Manuvie
Marchés des groupes à affinités
Règlements Soins dentaires
C.P. 670, Succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Manuvie n'assumera en aucun cas les frais requis pour faire remplir le présent formulaire.

SECTION 7 – ÉNONCÉ SUR L'ACCESSIBILITÉ

Manuvie est résolue à offrir aux personnes handicapées des produits et services qui respectent les principes de dignité, d'autonomie, d'intégration et d'égalité des chances. Elle croit fermement que toute personne doit être traitée avec respect et courtoisie, et se sentir bien accueillie. Vous pouvez demander que le présent formulaire vous soit envoyé sous d'autres formes. Il suffit d'envoyer un courriel à l'adresse **accessibility@manuvie.ca** ou de composer le 1 855 891-8671. Si vous souhaitez obtenir des précisions sur l'accessibilité à Manuvie, nous vous invitons à vous rendre dans le site **manuvie.ca/accessibilite**.