

## Demande de règlement Soins médicaux Assurance collective

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire. Veuillez joindre au verso l'original des reçus pour tous les frais engagés. Veuillez conserver copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné. Les directives d'envoi se trouvent à la page suivante.

### 1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Numéro d'employé	Promoteur de régime
-------------------	------------------	---------------------

#### Champs obligatoires

Participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, app., étage du bureau)		Ville	Province	Code postal

Les frais sont-ils remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail?  Oui  Non

Est-ce que vous, votre conjoint ou les personnes à votre 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 (jj/mmmm/aaaa)	Assureur du conjoint	Numéro de contrat	Numéro d'employé
--	----------------------	-------------------	------------------

#### Numéro de contrat CGS (POUR LES PARTICIPANTS ACTIFS SEULEMENT)

Cochez cette case si vous souhaitez utiliser votre compte gestion-santé (CGS) pour obtenir le remboursement des frais non réglés à la suite de la présente demande. (Si le patient bénéficie d'une couverture des soins médicaux au titre d'un autre régime, vous devez demander un remboursement des frais non réglés au titre de l'autre régime avant d'utiliser votre CGS.)

#### Renseignements bancaires nécessaires au virement automatique : Soins médicaux (sauf les médicaments d'ordonnance), Soins dentaires et CGS

Pour que les prestations à verser à l'égard de la présente demande de règlement et de vos demandes ultérieures puissent être virées à votre compte bancaire, vous devez joindre à la présente demande un chèque portant la mention « nul » et cocher la case ci-dessous. Si vous remplissez la présente section, vous n'aurez pas à la remplir de nouveau lors de vos prochaines demandes de règlement.

Oui, je souhaite que mes prestations soient virées dorénavant au compte bancaire indiqué sur le chèque ci-joint. Numéro de contrat Soins dentaires

### 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) (1 <sup>re</sup> demande seulement)	Lien avec le participant (1 <sup>re</sup> demande seulement)	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
			Établissement d'enseignement et ville	S'il travaille, nbre d'heures par sem.

### 3 Confirmation de la demande

**NOTA : Joignez l'ORIGINAL DES REÇUS pour tous les frais engagés.**

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

#### Financière Manuvie – Administrateur de la couverture des soins médicaux, excluant les médicaments d'ordonnance Emergis inc. – Administrateur du programme médicaments du groupe de sociétés BCE

**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 véridiques et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) et/ou Emergis inc., agissant comme administrateur du programme médicaments du groupe de sociétés BCE (Emergis), ainsi que leurs représentants autorisés et prestataires de services, 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 et/ou Emergis, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** Manuvie et/ou Emergis à communiquer avec tout médecin, établissement, pharmacie ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements sur mon état de santé, relativement à ma demande de règlement. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.

Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------	---------------------

#### 4 Envoi de la demande

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

---

#### **DEMANDES PORTANT SUR DES FRAIS AUTRES QUE DES FRAIS DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE (SOINS MÉDICAUX OU DENTAIRES, CGS)**

**Si vous habitez à l'extérieur du Québec :**

Assurance collective Financière Manuvie  
c/o B1S4  
483 Bay Street  
Toronto (Ontario) M5G 2E1  
1 800 558-8909

**Si vous habitez au Québec :**

Assurance collective Financière Manuvie  
Bureau DB1-20  
1, carrefour Alexander-Graham-Bell  
Verdun (Québec) H3E 3B3  
1 800 749-5953

**Vous trouverez de l'information sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site [www.manuvie.ca/assurancecollective](http://www.manuvie.ca/assurancecollective).**

---

#### **DEMANDES PORTANT UNIQUEMENT SUR DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE (VIREMENT AUTOMATIQUE NON OFFERT)**

**Ontario et provinces de l'Ouest :**

Emergis inc.  
Service de traitement des demandes de règlement  
5090 Explorer Drive, Suite 1000  
Mississauga (Ontario) L4W 4X6

**Québec et provinces de l'Atlantique :**

Emergis inc.  
Service de traitement des demandes de règlement  
1000, rue de Sérigny, 6<sup>e</sup> étage  
Longueuil (Québec) J4K 5B1