

P A T I E N T	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	N° UNIQUE	SPEC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.	
	ADRESSE		D U M I S T E				
	VILLE	PROV.		CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE		
							SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES. DUPLICATA <input type="checkbox"/> LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT SONT NÉCESSAIRES POUR LES ESTIMATIONS/DEMANDES DE RÈGLEMENT PORTANT SUR LES SOINS MAJEURS.	IL EST ENTENDU QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL EST ENTENDU QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE AUPRÈS DE MON DENTISTE DE LA TOTALITÉ DU TRAITEMENT. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À \$, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A 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.
VÉRIFICATION	
SIGNATURE DU PATIENT (PARENT/TUTEUR)	

DATE DU TRAITEMENT AAAA MM JJ	CODE DE PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	FACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	Service des Règlements, Collective C.P. 5000, succ. B Montréal (Québec) H3B 4B5 Téléphone : 1 800 268-6195 Visitez notre site Web : www.manuvie.ca/assurancecollective	

Université McGill	85210	
Promoteur du régime	N° de contrat	N° de certificat du participant

Participant - Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Participant - Adresse	N°	Rue
		Ville
		Province
		Code postal

Patient - Nom de famille _____ Prénom(s) _____ Lien de parenté _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____

1. La personne à charge travaille-t-elle? Non Oui ou La personne à charge est-elle étudiante? Non Oui

2. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? Non Oui

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : _____

Nom de l'assureur _____ N° de contrat _____

3. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la cessation _____ (jj/mmmm/aaaa)

Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins dentaires, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à la Financière Manuvie et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les personnes à charge doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.

4. Dans le cas d'une prothèse, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation (avec ou sans recouvrement), s'agit-il d'une pose initiale? Non Oui

Si oui, veuillez préciser la ou les dates d'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes sur l'arcade dentaire _____ (jj/mmmm/aaaa)

5. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez préciser la date de la mise en bouche précédente et les motifs du remplacement _____ (jj/mmmm/aaaa)

Motif _____

6. Si le traitement est consécutif à un accident, indiquez la date de l'accident _____ (jj/mmmm/aaaa)

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. 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.

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.

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