

### SECTION 1 – DENTISTE

P NOM A	PRÉNOM	N° UNIQUE	CODE DU SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT
T ADRESSE I E		APP.	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE
N VILLE	PROV.	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 INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT. <b>SIGNATURE DU PARTICIPANT</b> ▶		
<input type="checkbox"/> DUPLICATA		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 REMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. 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. <b>SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR</b> ▶		
		VÉRIFICATION		

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
J	M	A						

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

**TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS** \$ \_\_\_\_\_

**COCHEZ ICI S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT.** SI LES FRAIS DE TRAITEMENT PRÉVUS SONT SUPÉRIEURS À 500 \$, VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT À L'ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE. VOUS SEREZ AVISÉ DU MONTANT DES FRAIS REMBOURSABLES EN VERTU DU RÉGIME **AVANT** LE COMMENCEMENT DU TRAITEMENT. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (EX. : COURONNES ET PONTS).

### SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

1. NUMÉRO DE CONTRAT \_\_\_\_\_

PROMOTEUR DE RÉGIME \_\_\_\_\_

NOM DE L'ASSUREUR **Financière Manuvie**

2. NOM DU PARTICIPANT (EN LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE CERTIFICAT DU PARTICIPANT \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) \_\_\_\_\_

**DEMANDEZ LE VIREMENT AUTOMATIQUE DES PRESTATIONS ET OBTENEZ DES RELEVÉS DE RÈGLEMENT ÉLECTRONIQUES**

TOUCHEZ VOS PRESTATIONS JUSQU'À 70 % PLUS RAPIDEMENT QUE PAR CHÈQUE ET AYEZ ACCÈS À VOS RELEVÉS DE RÈGLEMENT EN LIGNE.

- RENDEZ-VOUS À L'ADRESSE [WWW.MANUVIE.CA/ASSURANCECOLLECTIVE](http://WWW.MANUVIE.CA/ASSURANCECOLLECTIVE) ET INSCRIVEZ-VOUS AU SITE PROTÉGÉ À L'INTENTION DES PARTICIPANTS.
- UNE FOIS INSCRIT, OU SI VOUS ÊTES DÉJÀ INSCRIT, ENTREZ DANS LE SITE ET CLIQUEZ SUR L'OPTION **VIREMENT AUTOMATIQUE DES PRESTATIONS** DANS LA BARRE DE NAVIGATION DE GAUCHE.
- ENTREZ VOS RENSEIGNEMENTS BANCAIRES.

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT

DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) \_\_\_\_\_

S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL  ÉTUDIANT?  HANDICAPÉ?

S'IL S'AGIT D'UN ÉTUDIANT, INDIQUEZ LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT.

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 D'ÉTAT?  NON  OUI

NUMÉRO DE CONTRAT \_\_\_\_\_

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

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR \_\_\_\_\_

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

**Veuillez remplir les deux pages du présent formulaire.**

## SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

**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](http://WWW.MANUVIE.CA/ASSURANCECOLLECTIVE) OU EN M'ADRESSANT AU PROMOTEUR DU RÉGIME.

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.

## SECTION 5 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE APPROPRIÉE.

**SI VOUS HABITEZ À  
L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC :** ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE  
RÈGLEMENTS FRAIS DENTAIRES  
P.O. BOX 1654, WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W2

**SI VOUS HABITEZ  
AU QUÉBEC :** ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE  
RÈGLEMENTS FRAIS DENTAIRES  
C.P. 5000, SUCC. B, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4B5