

## 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 <b>202020</b>	Numéro d'employé	Promoteur de régime <b>Groupe d'entreprises Bell Canada</b>
------------------------------------	------------------	--

#### 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

**202021**

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.)

### 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, n <sup>bre</sup> 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  \$

**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.

**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.

#### 4 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.

#### 5 Envoi de la demande

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

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

Assurance collective Financière Manuvie  
Règlements Soins médicaux  
P.O. Box 1653  
Waterloo (Ontario) N2J 4W1  
1 800 268-6195

**Si vous habitez au Québec :**

Assurance collective Financière Manuvie  
Règlements Soins médicaux  
C.P. 2580, succ. B  
Montréal (Québec) H3B 5C6  
1 800 268-6195