

Demande de règlement pour soins de la vue Assurance collective

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

ADRESSER LA DEMANDE À :
Financière Manuvie, Règlements Maladie, Collective
P.O. Box 400, Waterloo (Ontario) N2J 4A9
Site Web : www.manuvie.ca/assurancecollective/servicesecurise

NUMÉRO DE CONTRAT	NUMÉRO DE CERTIFICAT DU PARTICIPANT	
NOM DU PROMOTEUR DE RÉGIME		
NOM DU PARTICIPANT	PRÉNOM	
ADRESSE		APP.
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
AVEZ-VOUS UNE AUTRE ASSURANCE POUR SOINS DE LA VUE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
NOM DU PROMOTEUR DE RÉGIME	N° DE CONTRAT	N° DE CERTIFICAT DU PARTICIPANT

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM _____ PRÉNOM _____

LIEN AVEC LE PARTICIPANT _____

DATE DE NAISSANCE (J/M/A) _____
()

TÉLÉPHONE _____

PRÉCISIONS SUR L'ORDONNANCE

À remplir par l'opticien d'ordonnance

SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE	DIOPTRIE PRISMATIQUE DE LOIN DE PRÈS	HAUTEUR DU SEGMENT	MONTURE ET COULEUR		
D							DIMENSION (Lentille)	ÉCART INTERPUPILLAIRE	BRANCHES
G							FABRICANT OU FOURNISSEUR :		
A d d.	D	TEINTE (spécifier) COULEUR	TYPE DE BIFOCAUX		TYPE DE TRIFOCAUX		VENTILATION DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES : (Non admissibles dans le cas de régimes de type assurance automobile, p. ex. photochromie, étui, etc.)		
	G	1 2					Reporteur le total à (B) Lentilles et divers : MONTANT \$		

- Plastique Durci à la chaleur Renforcé chimiquement

Demande de verres de contact :

- a) L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/70 pour le meilleur oeil avec des verres ordinaires? Oui Non
- b) Les verres de contact sont-ils exigés pour des raisons médicales, par suite d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier ou d'une courbure irrégulière de la cornée? Oui Non

ARTICLE	\$
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4. Total	\$

IDENTIFICATION DE L'OPTICIEN D'ORDONNANCE

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT _____ DATE DE COMMANDE (J/M/A) _____

NOM _____

ADRESSE _____

VILLE _____ PROVINCE _____

CODE POSTAL _____ N° DE PERMIS _____

FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE

(A) Monture	
(B) Lentilles et divers	
(C) Honoraires	
(D) Divers	
Total	
Quote-part du participant	
Total net	

RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE MANUVIE

ADMISSIBLE	QUOTE-PART DU PARTICIPANT
(A) Monture	
(B) Lentilles et divers	
(C) Honoraires	
(D) Divers	
Total	
Franchise et risque partagé	
Quote-part totale du participant	

SIGNATURE DE L'OPTICIEN/DE L'OPTOMÉTRISTE _____

← Montant net exigible de la Financière Manuvie

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.

Par la présente, je cède toute indemnité exigible en vertu de la présente demande à l'opticien d'ordonnance désigné plus haut et j'autorise qu'elle lui soit versée directement.

Signature du participant _____ Date (dd/mmm/yyyy) _____

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

Les frais spécifiés dans la présente demande ont été payés intégralement par le participant. Veuillez lui rembourser les frais admissibles.

Signature du fournisseur