

## Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger Demande de règlement Maladie – Assurance collective (honoraires de médecin et services hospitaliers seulement)

- Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire.
- Un formulaire doit être rempli pour CHAQUE patient.
- Les demandes doivent D'ABORD être présentées au titre du régime provincial et ENSUITE à la Financière Manuvie, accompagnées d'une copie du bordereau de prestations (ou de l'avis de refus).
- La Financière Manuvie coordonnera pour vous les demandes de règlement si vous avez souscrit une couverture individuelle d'assurance-maladie de voyage.
- Veuillez joindre au VERSO copie des relevés détaillés du dispensateur de soins. Les relevés ne vous seront pas retournés.
- Les frais remboursables engagés en devises étrangères seront remboursés en dollars canadiens.
- **LES FRAIS ENGAGÉS POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS DEMANDÉS PAR LA FINANCIÈRE MANUVIE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.**

### 1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Numéro de division	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime	
Participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal

Numéro de contrat CCS

Cochez cette case pour obtenir le remboursement des frais non réglés au moyen de votre Compte de crédits-santé (CCS).  
(Si le patient bénéficie d'une garantie maladie 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 CCS.)

### 2 Renseignements sur le patient

À remplir pour tous les frais engagés.

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.	
			École et ville	S'il travaille, nombre d'heures par sem.

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

Le patient est-il couvert par une autre assurance-maladie de voyage ou par un autre régime d'assurance collective prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

	Nom et adresse de l'assureur	Genre de contrat	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Nom de l'assuré (des assurés)
1		<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.*			
2		<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.*			
3		<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.*			
4		<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.*			

\*« Contrat individuel » s'entend d'un contrat d'assurance-maladie de voyage souscrit par une personne ou une famille.  
« Contrat collectif » s'entend d'un contrat souscrit par un promoteur de régime.

### 3 Renseignements sur la demande de règlement

#### TRAITEMENT D'URGENCE Traitement d'une blessure ou d'une maladie survenue lors d'un séjour à l'extérieur de la province ou à l'étranger

Dates de départ et de retour

Départ

(jj/mmmm/aaaa)

Retour

(jj/mmmm/aaaa)

Province ou pays où le traitement a été reçu

1. Veuillez préciser quand, comment et où la blessure ou la maladie est survenue.


2. Le patient a-t-il déjà été traité pour cette blessure ou cette maladie avant son départ?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une lettre du médecin traitant au Canada décrivant le traitement reçu.

Commentaires additionnels au sujet du traitement d'urgence :


### 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.

Veuillez signer ici.

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.

### 5 Envoi de la demande

Veuillez envoyer le présent formulaire dûment rempli et les reçus à l'adresse suivante :

FINANCIÈRE MANUVIE  
RÈGLEMENTS MALADIE, COLLECTIVE  
PO BOX 1653  
WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W1