



PATIENT NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ ADRESSE _____ VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____	D E N T I S T E	N° UNIQUE _____ SPÉC. _____ N° DE DOSSIER DU PATIENT _____ N° DE TÉLÉPHONE _____	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT. _____ SIGNATURE DU PARTICIPANT
---	--------------------------------------	--	--

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 RÉGLEMENT 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			CODE DE PROCÉDURE			CODE INT. DES DENTS		FACES DES DENTS		HONORAIRES DU DENTISTE		FRAIS DE LABORATOIRE		TOTAL DES FRAIS		Indiquer toutes les dates en format aaaa/mm/jj	
AAAA	MM	JJ															
TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS										Numéro de contrat/division/catégorie _____ Date d'embauche _____ Date de cessation _____ <input type="checkbox"/> Protection individuelle <input type="checkbox"/> Protection familiale Date d'effet de la couverture _____ Date d'effet de la couverture des personnes à charge _____ Je certifie que le participant doit être couvert au titre du contrat susmentionné. _____ Signature de l'administrateur de régime (aaaa/mm/jj)							

Promoteur du régime _____			Numéro de contrat _____			Numéro de certificat du participant _____		
Participant – Nom de famille _____			Prénom(s) _____			Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____		
Adresse	N°	Rue	Ville			Province		Code postal
Patient – Nom _____			Prénom(s) _____			Lien de parenté _____		Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____
1. La personne à charge travaille-t-elle? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ou La personne à charge est-elle étudiante? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 : _____ (aaaa/mm/jj) Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, 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 enfants 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser la ou les dates d'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes sur l'arcade dentaire : _____ (aaaa/mm/jj) 5. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez préciser la date de la mise en bouche précédente et les motifs du remplacement : _____ (aaaa/mm/jj) Motif : _____ (aaaa/mm/jj) 6. Si le traitement est consécutif à un accident, indiquez la date de l'accident : _____ (aaaa/mm/jj)								

7. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre **compte de crédits-santé** (le cas échéant)?
 Non Oui

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.

Signature du participant : _____ **Date** : _____

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.