Manulife Financial

Group Benefits
Vision Care Claim Form

SUBMIT CLAIM TO: Manulife Financial, Group Health Claims
P.O. Box 1653, Waterloo ON N2J 4W1

Web Site: www.manulife.ca/groupbenefits/secureserve

PATIENT INFORMATION

SURNAME GIVEN NAME

RELATIONSHIP TO PLAN MEMBER

DATE OF BIRTH (D/M/Y)

( )
TELEPHONE

PLAN MEMBER INFORMATION

PLAN CONTRACT NUMBER PLAN MEMBER CERTIFICATE NUMBER

PLAN SPONSOR NAME

PLAN MEMBER'S LAST NAME FIRST NAME

ADDRESS APT.

CITY PROVINCE POSTAL CODE

DO YOU HAVE ANY OTHER VISION CARE COVERAGE? ❑ YES ❑ NO
IF YES, PLEASE COMPLETE

PLAN SPONSOR'S NAME PLAN CONTRACT NO. PLAN MEMBER CERTIFICATE NO.

PRESCRIPTION DETAILS

To Be Completed by Dispenser

	SPHERE	CYLINDER	AXIS	PRISM	BASE	P.D. FAR / NEAR	SEG. HEIGHT
R							
L							

ADD		TINT (SPECIFY) COLOUR	TYPE OF BIFOCAL	TYPE OF TRIFOCAL
	R			
	L	1 2		

FRAME AND COLOUR

EYE SIZE | DBL | TEMPLE

MANUFACTURER OR SUPPLIER:

❑ Plastic ❑ Heat Hardened ❑ Chemically Strengthened

I claim for contact lenses:

a) Can visual acuity be restored to at least 20/70 in the better eye with conventional eye glasses? ❑ Yes ❑ No

b) Are they medically necessary due to keratoconus, irregular astigmatism or irregular corneal curvature? ❑ Yes ❑ No

BREAKDOWN OF EXTRA CHARGES:
(Non-allowable under Automotive type plans e.g. photogrey, case, etc.)

Transfer total to block (b) Lenses Below:

ITEM	AMOUNT
1.	$
2.	$
3.	$
4.	$
	Total $

IDENTIFICATION - DISPENSARY

REGISTRATION NO. DATE OF ORDER (D/M/Y)

NAME

ADDRESS

CITY/TOWN PROV.

POSTAL CODE

LICENCE NO.

OPTICIAN/OPTOMETRIST SIGNATURE

DISPENSARY CHARGES

(A) Frame	
(B) Lenses & Misc.	
(C) Fee	
(D) Misc.	
Total	
Plan Member's Share	
Net Total	

FOR MANULIFE FINANCIAL USE ONLY

	ALLOWED	PLAN MEMBER SHARE
→		
Deductible & Shared Risk →		
Total Plan Member's Share →		
← Net Payable By Manulife Financial		

I understand that the charges listed in this claim may not be covered by or may exceed my plan benefits. I understand that I am financially responsible to my dispensary for the cost of those services.

I hereby certify that the information provided in connection with this claim is true, accurate and complete and I hereby authorize any physician, hospital, provider, insurance company or pre-payment organization to give to Manulife Financial any additional information required in connection with this claim. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

I authorize Manulife Financial to collect, use and disclose personal information concerning me and/or my dependant(s) (where applicable) for the purpose of determining eligibility for Manulife Financial products and services; underwriting and administration of coverage; the adjudication and payment of claims and other relevant purposes, all of which are described in more detail in Manulife Financial's Privacy Policy and Privacy Information Package, available at www.manulife.ca or by request.

Signature of Patient or Parent/Guardian

I hereby assign my benefits payable from this claim and authorize payment directly to the above named dispensary.

Signature of Plan Member

The charges listed on this claim have been paid in full by the plan member. Please pay plan member for eligible charges.

Signature of Supplier

Financière Manuvie

Demande de règlement pour soins de la vue
Assurance collective

ADRESSER LA DEMANDE À :
Financière Manuvie, Règlements Maladie, Collective
P.O. Box 1653, Waterloo (Ontario) N2J 4W1
Site Web : www.manuvie.ca/assurancecollective/servicesecurise

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM PRÉNOM

LIEN AVEC LE PARTICIPANT

DATE DE NAISSANCE (J/M/A)

( )
TÉLÉPHONE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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? ❑ OUI ❑ NON

NOM DU PROMOTEUR DE RÉGIME N° DE CONTRAT N° DE CERTIFICAT DU PARTICIPANT

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
D							
G							

Add.		TEINTE (spécifier) / COULEUR	TYPE DE BIFOCAUX	TYPE DE TRIFOCAUX
	D			
	G	1 2		

MONTURE ET COULEUR

DIMENSION (Lentille)	ÉCART INTERPUPILLAIRE	BRANCHES

FABRICANT OU FOURNISSEUR :

❑ 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

VENTILATION DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES :
(Non admissibles dans le cas de régimes de type assurance automobile, p. ex. photochromie, étui, etc.)

Reporter le total à (B) Lentilles et divers :

ARTICLE	MONTANT
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

SIGNATURE DE L'OPTICIEN/DE L'OPTOMÉTRISTE

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
→		
Franchise et risque partagé →		
Quote-part totale du participant →		
← Montant net exigible de la Financière Manuvie		

Il est entendu que les frais déclarés dans la présente demande ne sont peut-être pas couverts, ou ne sont couverts qu'en partie, par les garanties du régime auquel je participe. Je reconnais donc ma responsabilité financière à cet égard.

Je certifie que les renseignements fournis au sujet de cette demande de règlement sont exacts, et j'autorise par la présente tout médecin, hôpital, professionnel de la santé, compagnie d'assurance ou organisme payant d'avance les frais médicaux à fournir à la Financière Manuvie toute information dont elle a besoin relativement à cette demande. Une photocopie de cette autorisation est valable au même titre que l'original.

J'autorise la Financière Manuvie à recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels me concernant ou concernant la (les) personne(s) à ma charge (le cas échéant) aux fins suivantes : détermination de l'admissibilité aux produits et services de la Financière Manuvie, sélection des risques, administration des garanties, évaluation et paiement des demandes de règlement ou autres fins pertinentes. Toutes les précisions à ce sujet sont contenues dans la politique sur la confidentialité et la documentation sur les renseignements confidentiels que l'on peut obtenir à l'adresse électronique www.manuvie.ca ou sur demande.

Signature du patient ou du parent/tuteur

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

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

Signature du fournisseur