



Assurance maladie gros risques

Demande de remboursement des frais de santé supplémentaires

Contrat collectif n° 90133 / 90134 / 90135
(veuillez encercler votre n° de contrat)

Sauf indication contraire, le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime. Veuillez joindre au verso les reçus originaux de tous les frais engagés et conserver copie des reçus, car les originaux ne vous seront pas retournés.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro matricule (NM)	No. réclamation PIP/ARS	Nom de Famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Adresse postale			Date de naissance	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postal		
Les frais sont-ils remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
(Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants) :				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance du conjoint	Assureur du conjoint	N° de contrat du conjoint	N° de certificat du conjoint	

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA(LES) PERSONNE(S) À CHARGE

À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par personne à charge.

Nom de la personne à charge	Date de naissance (jj/mm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec le membre (1 ^{re} demande seulement)	À remplir si la personne à charge est un étudiant de 18 ans ou plus	
			École et ville	S'il travaille, no. d'heures par semaine

3. MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

- Veuillez joindre au verso du présent formulaire les reçus des médicaments sur ordonnance.
- Le numéro d'identification du médicament (DIN) et le nom du médicament d'ordonnance doivent figurer sur tous les reçus.
- Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur le présent formulaire.

4. SERVICES PARAMÉDICAUX

(Services d'un chiropraticien, d'un massothérapeute d'un physiothérapeute, etc.)

Veuillez joindre au présent formulaire un reçu **détaillé** sur lequel figurent les renseignements suivants :

• nom du patient;	• durée de la séance;
• nom du praticien;	• coût du traitement;
• genre de praticien;	• date du dernier règlement au titre du régime provincial (s'il y a lieu);
• date du traitement;	• titre ou numéro d'agrément.

S'il s'agit de psychothérapie, veuillez en indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur votre reçu.

Numéro matricule (NM) :

5. MATÉRIEL ET APPAREILS MÉDICAUX

Veillez joindre la recommandation écrite de médecin ayant prescrit le matériel, y compris le diagnostic, et une copie du bordereau de prestations du régime provincial (s'il y a lieu).

Activités nécessitant l'utilisation de l'article.

Matériel requis pour la période suivante. Du

Date jj/mm/aaaa

Au

Date jj/mm/aaaa

Le matériel loué a-t-il été retourné? Oui Non

6. SOINS DE LA VUE (si prévus par votre régime)

À faire remplir par le fournisseur.

Veillez joindre un reçu détaillé sur lequel figurent les renseignements suivants :

- nom du patient;
- coût des lentilles cornéennes;
- coût des lunettes;
- honoraires professionnels;
- coût de l'examen de la vue;
- date de l'examen de la vue;
- coût de la teinture des verres;
- traitement;
- date de paiement des services.

Lunettes et lentilles cornéennes facultatives :

Si votre garantie Soins de la vue exige un changement d'ordonnance, veuillez demander à votre fournisseur de remplir la section suivante et d'y apposer sa signature.

S'agit-il de la première paire de lunettes ou de lentilles cornéennes?

Oui Non

L'ordonnance a-t-elle changé?

Oui Non

Lentilles cornéennes nécessaires du point de vue médical :

Veillez demander à votre fournisseur de remplir la section suivante et d'y apposer sa signature.

Les lentilles cornéennes ont-elles été prescrites en raison d'un astigmatisme cornéen prononcé, d'un kératocône ou d'aphakie?

Oui Non

L'acuité visuelle peut-elle être améliorée d'au moins deux lignes, d'après la charte d'acuité de Snellen, au-delà de la meilleure vision rendue possible grâce au port de lunettes?

Oui Non

Le port de lunettes pourrait-il passer l'acuité visuelle à au moins 20/40?

Oui Non

Signature du fournisseur

Date (jj/mm/aaaa)

7. CONFIRMATION DE LA DEMANDE ET SIGNATURE

NOTA—
Joignez les reçus originaux de tous les frais engagés.

Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande

\$

Je certifie que tous les biens et les services faisant l'objet de la demande ont été reçus par moi-même ou les personnes à ma charge.

Déclaration et autorisation du requérant

Je certifie que l'information dans le présent formulaire est exacte et complète, à ma connaissance, et que les frais faisant l'objet de la demande n'ont pas déjà été remboursés en vertu d'un autre régime.

J'autorise les personnes ou organismes détenant de l'information relative à la présente demande, y compris mon fournisseur de soins de santé, ma compagnie d'assurance et toute commission des accidents du travail, tout organisme d'enquête et le parrain de mon régime, à communiquer et à échanger les renseignements demandés par les Services financiers du RARM, la Financière Manuvie et/ou le prestataire des services des demandes de règlement de celle-ci aux fins de l'administration du régime, du traitement de la présente demande et de l'enquête sur cette dernière.

J'autorise les Services financiers du RARM, la Financière Manuvie et/ou le prestataire des services des demandes de règlement de celle-ci à recueillir, utiliser et échanger avec les personnes ou les organismes susmentionnés seulement les renseignements nécessaires à l'administration du régime, au traitement de la présente demande et à l'enquête sur cette dernière.

Si la présente demande est soumise au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je suis autorisé à divulguer de l'information sur eux aux fins de l'administration du régime, du traitement de la présente demande et de l'enquête sur cette dernière.

Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est aussi valable que l'originale.

Signature du membre

Date (jj/mm/aaaa)

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis ou recueillis par la Financière Manuvie en conformité avec l'autorisation ci-dessus seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et malade. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- > les employés, les représentants, les réassureurs et les prestataires de services de la Financière Manuvie, ainsi que les employés des Services financiers du RARM dans l'accomplissement de leurs tâches;
- > les personnes que vous avez autorisées; et
- > les personnes autorisées par la loi.

Les renseignements que vous avez donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la Loi sur les renseignements personnels. Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Veillez retourner le formulaire rempli à la : Financière Manuvie, Services de RARM, C.P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive, Halifax, NS B3J 2X5

Envoi de la demande