

Demande de remboursement spécial des frais de médicaments sur ordonnance Marchés des groupes à affinités

1 Renseignements sur le patient

Nom du participant au régime (prénom, nom de famille)	Numéro de contrat	Numéro de certificat	
Nom du patient (prénom, nom de famille)			Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone ()			

2 Renseignements sur le médecin

Nom	Signature	Date (jj/mm/aaaa)	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone ()	Télécopieur ()		

3 Médicaments faisant l'objet de la demande de remboursement spécial

Veillez écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du produit, dosage et quantité	
Données cliniques et preuves diagnostiques appuyant l'utilisation du médicament	
Expliquez pourquoi ce médicament a été prescrit (par ex., antécédents médicaux du patient, facteurs de risques, utilisation concomitante d'autres médicaments – énumérez les médicaments –, résistance aux autres médicaments, effets indésirables des autres médicaments, etc.)	
Indiquez les autres médicaments prescrits actuellement ou auparavant pour traiter l'affection du demandeur.	
Durée prévue de la thérapie	

Renseignements additionnels

Veillez remplir la page 2

4 Procédure de remboursement spécial

Dans certains cas, nous demandons des preuves diagnostiques ou des données cliniques additionnelles. Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont confidentiels.

Le présent formulaire de demande de remboursement spécial doit être rempli par votre médecin traitant. S'il y a lieu, les frais exigés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient ou du participant. Le formulaire dûment rempli doit être retourné à l'adresse suivante :

Financière Manuvie, Marchés des groupes à affinités
Règlements Maladie
C.P. 4214, Succ. A
Toronto (Ontario) M5W 5M4

Téléphone : 1 800 268-3763

5 Autorisation du patient

Je certifie que les renseignements figurant dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, complets, à jour et exacts et ne se rapportent pas à des frais déjà remboursés par un autre régime. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements portant sur la présente demande de règlement, y compris les fournisseurs de soins de santé, compagnies d'assurance, commissions des accidents du travail et organismes d'enquête, à communiquer les renseignements demandés par la Financière Manuvie et/ou ses fournisseurs de services de règlement aux fins d'administration du régime, y compris le traitement et l'instruction de la présente demande de règlement. J'autorise la Financière Manuvie et ses fournisseurs de services de règlement à recueillir, utiliser et communiquer aux personnes et organisations susmentionnées les renseignements nécessaires à l'administration du régime, y compris le traitement et l'instruction de la présente demande de règlement. Si la présente demande de règlement est faite au nom de mon conjoint et/ou de mes enfants, je suis autorisé à communiquer les renseignements qui portent sur eux aux fins d'administration du régime, y compris le traitement et l'instruction de la présente demande de règlement. Si mon numéro d'assurance sociale est utilisé à titre de numéro de certificat, j'autorise son utilisation aux fins d'identification et d'administration de mes prestations. Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signatures

Si le patient est âgé de moins de 16 ans, la signature du participant est requise.

Signature du patient	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du participant	Date (jj/mm/aaaa)

À la Financière Manuvie, nous savons qu'il est important de protéger la confidentialité des renseignements personnels. Tout renseignement que vous nous fournissez sera gardé dans un dossier des règlements Vie et Maladie des Marchés des groupes à affinités. Seules les personnes suivantes ont accès à vos renseignements :

- nos employés et préposés du service dans le cadre de leurs fonctions;
- les personnes qui ont obtenu votre autorisation; et
- les personnes qui y sont autorisées en vertu de la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels figurant dans votre dossier et à faire corriger les renseignements inexacts, s'il y a lieu.