Manulife Financial

Group Benefits
Vision Care Claim Form

SUBMIT CLAIM TO: Group Health Claims, Manulife Financial
PO BOX 400, WATERLOO ON N2J 4A9

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.

To Be Completed by Dispenser

PRESCRIPTION DETAILS

	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:

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 $

❑ Plastic ❑ Heat Hardened ❑ Chemically Strengthened

If 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

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
(A) Frame		
(B) Lenses & Misc.		
(C) Fee		
(D) Misc. →		
Total		
Deductible & Shared Risk →		
Total Plan Member's Share →		
← Net Payable By Manulife Financial		

I certify that I, my spouse and/or my dependants of minor or major age ("Dependants"), have received all goods or services claimed and that the information provided for this claim is true and complete. **I authorize** Manulife Financial ("Manulife") to collect, use, maintain and disclose personal information relevant to this claim ("Information") for the purposes of Group Benefits plan administration, audit and the assessment, investigation and management of this claim ("Purposes"). **I am authorized** by my Dependants to disclose and receive their Information, for the Purposes. **I authorize** any person or organization with Information, including any medical and health professionals, facilities or providers, professional regulatory bodies, any employer, group plan administrator, insurer, investigative agency, and any administrators of other benefits programs to collect, use, maintain and exchange this information with each other and with Manulife, its reinsurers and/or its service providers, for the Purposes. **I authorize** the use of my Social Insurance Number ("SIN") for the purposes of identification and administration, if my SIN is used as my plan member certificate number. **I agree** a photocopy or electronic version of this authorization is valid. **I understand** that Manulife's Privacy Policy and Privacy Information Package are available at www.manulife.ca/groupbenefits, or from my Plan Sponsor.

Plan member signature _____ Date (dd/mmm/yyyy) _____

Any Information provided to or collected by Manulife in accordance with this authorization, will be kept in a Group Benefits health file. Access to your Information will be limited to:

- Manulife employees, representatives, reinsurers, and service providers in the performance of their jobs;
- persons to whom you have granted access; and
- persons authorized by law.

You have the right to request access to the personal information in your file, and, where appropriate, to have any inaccurate information corrected.

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 400, Waterloo (Ontario) N2J 4A9
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

À remplir par l'opticien d'ordonnance

PRÉCISIONS SUR L'ORDONNANCE

	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE	DIOPTRIE PRISMATIQUE (DE LOIN / DE PRÈS)	HAUTEUR DU SEGMENT
D							
G							
Add. D		TEINTE (spécifier)	TYPE DE BIFOCAUX		TYPE DE TRIFOCAUX		
Add. G		COULEUR 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
(A) Monture		
(B) Lentilles et divers		
(C) Honoraires		
(D) Divers →		
Total		
Franchise et risque partagé →		
Quote-part totale du participant →		
← Montant net exigible de la Financière Manuvie		

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 (dd/mmm/yyyy) _____

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.

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