

Group Benefits Vision Care Claim Form

PLAN MEMBER INFORMATION

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

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

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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, PLEASE COMPLETE		
PLAN SPONSOR'S NAME	PLAN CONTRACT NO.	PLAN MEMBER CERTIFICATE NO.

PATIENT INFORMATION

SURNAME	GIVEN NAME
RELATIONSHIP TO PLAN MEMBER	
DATE OF BIRTH (D/M/Y) ()	
TELEPHONE	

To Be Completed by Dispenser

PRESCRIPTION DETAILS

SPHERE	CYLINDER	AXIS	PRISM	BASE	P.D.	SEG. HEIGHT	FRAME AND COLOUR
R					FAR		EYE SIZE DBL TEMPLE
L					NEAR		
A D D	R L	TINT (SPECIFY) COLOUR	TYPE OF BIFOCAL	TYPE OF TRIFOCAL	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: AMOUNT

- 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

ITEM	\$	
1. _____	\$	
2. _____	\$	
3. _____	\$	
4. _____	Total \$	

IDENTIFICATION - DISPENSARY	DISPENSARY CHARGES	FORMANULIFE FINANCIAL USE ONLY	
REGISTRATION NO. DATE OF ORDER (D/M/Y)	(A) Frame	ALLOWED	PLAN MEMBER SHARE
NAME	(B) Lenses & Misc.		
ADDRESS	(C) Fee		
CITY/TOWN PROV.	(D) Misc.	➔	
POSTAL CODE LICENCE NO.	Total		
OPTICIAN/OPTOMETRIST SIGNATURE	Plan Member's Share	➔	
	Net Total	➔	
			← 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.

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

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.

Demande de règlement pour soins de la vue Assurance collective

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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 _____

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

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

À remplir par l'opticien d'ordonnance

PRÉCISIONS SUR L'ORDONNANCE

D	G	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	BASE	DIOPTRIE PRISMATIQUE DE LOIN DE PRÈS	HAUTEUR DU SEGMENT	MONTURE ET COULEUR			
									DIMENSION (Lentille)	ÉCART INTERPUPILLAIRE	BRANCHES	
A	D	TEINTE (spécifier)	TYPE DE BIFOCAUX		TYPE DE TRIFOCAUX		FABRICANT OU FOURNISSEUR :					
d	G	COULEUR					VENTILATION DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES :					
		1	2					Reporter le total à (B) Lentilles et divers : MONTANT \$				

- 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

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.

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 _____ 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.

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