

Demande de règlement Garantie Frais dentaires



approuvée par l'Association dentaire canadienne

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 À remplir par le dentiste

| | | | | | | | | |
|--|-------------|-----------------|--|--------------------|--------------------------------------|---|-----------------|--|
| P A T I E N T | Nom | Prénom | N° unique | Spéc. | N° de dossier du patient | Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. Signature du participant | | |
| | Adresse | | D E N T I S T E | App. | | | | |
| | Ville | Prov. | | Code postal | | | | |
| | Téléphone : | | | | | | | |
| Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales. | | | Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à \$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou au gestionnaire du régime. Signature du patient, des parents ou du tuteur | | | | | |
| Duplicata <input type="checkbox"/> | | | Vérification/Signature du dentiste | | | | | |
| Date du traitement | | Code du procédé | Code int. des dents | Surfaces des dents | Honoraires du dentiste | Frais de laboratoire | Total des frais | Réservé au gestionnaire du régime |
| jour | mois | année | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. | | | | | TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS | | | |

2 À remplir par le participant

Vous devez remplir cette section.

Renseignements sur le participant

| | | | | | |
|---------------|-------------------|----------|-------------|-----------------------------|--|
| N° de contrat | N° de participant | | | | |
| Nom | | Prénom | | Date de naissance (j/m/a) | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| Adresse | | | | N° de tél. (le jour) () | |
| Ville | | Province | Code postal | N° de tél. (le soir) () | |

3 Conjoint et enfants inclus dans la présente demande

Section à remplir si vous faites la demande pour votre conjoint ou un enfant à charge.

| Nom et prénom du conjoint | | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (j/m/a) | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------------------|-------|---|--------------------------|
| Nom de l'enfant | Lien avec vous | | Date de naissance | | | Si l'enfant à charge a passé l'âge limite (voir le dossier d'information sur les garanties) | |
| | Fils | Fille | jour | mois | année | Handicapé | Étudiant à temps plein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 Coordination des prestations

Indiquer dans cette section si votre conjoint ou les enfants à charge sont couverts par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires.

| | |
|--|---|
| Le conjoint ou les enfants à charge sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires? | |
| Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Date de naissance du conjoint (j/m/a) : _____ | |
| Dans l'affirmative : | |
| • Les demandes de règlement de frais engagés par votre conjoint doivent être présentées en premier lieu au titre du régime du conjoint. | |
| • Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées en premier lieu au titre de la couverture de la personne (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile. | |
| Si votre conjoint est couvert par un régime dont nous sommes l'émetteur : | |
| Numéro du contrat : _____ | Numéro du participant : _____ |
| Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)? | |
| Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dans l'affirmative, signature du conjoint : <u>X</u> _____ | |
| Date (j/m/a) _____ | |

5 Renseignements sur la demande de règlement

Si le coût du traitement recommandé dépasse le montant des frais planchers prévus par votre régime pour, la détermination préalable des prestations, vous devez faire parvenir une estimation à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Pour déterminer si le traitement sera remboursé, demandez à votre dentiste de remplir un formulaire de détermination préalable des prestations (ces formulaires sont fournis par le dentiste).

| | | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident? Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants : | | |
| Date et lieu de l'accident (j/m/a) : _____ | | Au travail <input type="checkbox"/> | À la maison <input type="checkbox"/> | Ailleurs <input type="checkbox"/> | |
| Circonstances de l'accident : | | | | | |
| Certains des frais ont-ils été engagés en raison d'une maladie ou blessure couverte par un programme d'indemnisation des accidents du travail? Non <input type="checkbox"/> | | | | | Oui <input type="checkbox"/> |
| 2. S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> | Implants? Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> |
| 3. Couronnes, ponts et prothèses amovibles | | | S'agit-il de la mise en place initiale? Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> |
| Dans la négative : | | Dans l'affirmative : | | | |
| • Date de la mise en place précédente (j/m/a) : _____ | | • Date d'extraction des dents en vue de la mise en place d'une prothèse amovible ou d'un pont (j/m/a) : _____ | | | |
| • Raison du remplacement : _____ | | | | | |
| Pour faciliter l'examen de votre demande, veuillez y joindre : | | | | | |
| • les radiographies prises avant le traitement (pour les couronnes, ponts, facettes, incrustations); | | | | | |
| • la liste de toutes les dents manquantes (pour les ponts seulement). | | | | | |

6 Autorisation et signature

Vous devez remplir cette section.

Les demandes de règlement frauduleuses coûtent très cher à tous les participants de programmes de garanties collectives. En qualité de gestionnaire de ce régime, nous pouvons vérifier que les renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement sont exacts.

Remarque à l'intention des participants : Dans le cadre du processus de règlement des demandes et de gestion du régime, nous échangeons avec vous des renseignements sur les demandes de règlement, y compris celles qui portent sur les biens et les services reçus par votre conjoint et les personnes à votre charge, notamment la date, l'objet et le montant de la demande.

Assurez-vous d'informer votre conjoint et les personnes à votre charge de cette façon de procéder et d'obtenir leur consentement à cet effet avant de présenter des demandes de règlement.

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au dossier d'information sur les garanties ou visiter notre site Internet.

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, et le cas échéant, par mon conjoint et/ou par les personnes à ma charge. J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre du présent régime ou de tout autre régime.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser et à échanger les renseignements me concernant, et le cas échéant, concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Si la demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement. J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement aux demandes de règlement présentées, aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant, et de la gestion de mon programme de garanties collectives.

Je reconnais que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Signature du participant <u>X</u> | Date (j/m/a) |
|--------------------------------------|--------------|

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, au Bureau des règlements maladie le plus proche.

Pour de plus amples renseignements, veuillez téléphoner au

Veillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.