Demande de règlement – Garantie Frais dentaires

approuvée par l'Association dentaire canadienne

Financière Sun Life

1 À remplir par le dentiste

PATIENT			DENTISTE	
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.
Adresse	App.			SANS OBJET
Ville	Prov.	Code postal	Téléphone :	Signature du participant

Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.

Duplicata ☐

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. J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommément désigné.

Signature du patient, des parents ou du tuteur _____

Vérification/Signature du dentiste _____

Date du traitement jour	mois	année	Code du procédé	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

Réservé au gestionnaire du régime

2 Renseignements sur le participant – *remplissez la présente section au complet*

Numéro de contrat	Numéro d'employé (les huit premiers chiffres seulement)	Promoteur de régime/employeur	Langue de préférence pour la correspondance
25134			☐ Français ☐ Anglais

Nom de famille	Prénom	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (le jour)
			– –	– –

Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal

3 Conjoint et enfants inclus dans la présente demande – *remplir cette section si vous faites la demande pour votre conjoint ou un enfant à charge*

Nom de famille du conjoint	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	☐ Homme ☐ Femme
		– –	

Nom de l'enfant	Liens avec vous	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Si l'enfant à charge a passé l'âge limite (voir le dossier d'information sur les garanties)
	☐ Fils ☐ Fille	– –	☐ Handicapé ☐ Étudiant à temps plein

4 Coordination des prestations – *remplir 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 ☐ Oui

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, fournir les renseignements suivants :

Numéro du contrat	Numéro du participant	Date de naissance du conjoint (aaaa-mm-jj)	Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)?
		– –	☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, signature du conjoint	Date (aaaa-mm-jj)
X	– –

À l'usage de la FSL : DCF

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 ☐ Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Date de l'accident (aaaa-mm-jj)	Lieu de l'accident	Circonstances de l'accident
– –	☐ Au travail ☐ À la maison ☐ Ailleurs	

2. S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? ☐ Non ☐ Oui Implants? ☐ Non ☐ Oui
3. Couronnes, ponts et prothèses amovibles S'agit-il de la mise en place initiale? ☐ Non ☐ Oui

Dans la négative, date de la mise en place précédente (aaaa-mm-jj)	Raison du remplacement	Dans l'affirmative, date d'extraction des dents en vue de la mise en place d'une prothèse amovible ou d'un pont (aaaa-mm-jj)
– –		– –

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*

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 de ce régime ou de tout autre régime.

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 (la Sun Life) 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.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à communiquer 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, à 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. Je reconnais également 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.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou réelle et/ou abus des garanties en ce qui touche la présente demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life peut enquêter à ce sujet, et que les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui ont trait à la présente demande de règlement peuvent être communiqués à tout organisme pertinent, y compris les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles médicaux et les autres compagnies d'assurance, et au besoin, au promoteur du régime, et peuvent être utilisés par ceux-ci, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements relatifs à la présente demande de règlement soient recueillis, utilisés, et communiqués à cette fin, à toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de la gestion du régime.

Toute référence à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou au promoteur comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

Signature du participant	Date (aaaa-mm-jj)
X	– –

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le *www.sunlife.ca/confidentialite*.

Des questions? Veuillez visiter le *www.sunlife.ca* ou composer notre numéro sans frais 1-800-305-5905, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

Directives sur l'expédition – *veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.*

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à :

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie
CP 11658 Succ CV
Montréal QC H3C 6C1

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie
CP 2010 Succ Waterloo
Waterloo ON N2J 0A6

À l'usage de la FSL :
DCF