

# Demande de règlement – Garantie Frais dentaires



approuvée par l'Association dentaire canadienne

## 1 À remplir par le dentiste

|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|---|---|--|---|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| <p><b>P</b> Nom _____ Prénom _____</p> <p><b>A</b> Adresse _____ App. _____</p> <p><b>T</b> Ville _____ Prov. _____ Code postal _____</p> <p><b>E</b></p> <p><b>N</b></p> <p><b>T</b></p> | <p>N° unique _____</p> <p>Spéc. _____</p> <p>N° de dossier du patient _____</p> | <p><b>D</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>N</b></p> <p><b>T</b></p> <p><b>I</b></p> <p><b>S</b></p> <p><b>T</b></p> <p><b>E</b></p> <p>Téléphone : _____</p>   | <p>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.</p> <p style="text-align: right;">_____<br/>Signature du participant</p> |                               |                             |                        |                                   |
| <p>Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.</p> <p>Duplicata <input type="checkbox"/></p>                       |   | <p>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.</p> <p style="text-align: right;">_____<br/>Signature du patient, des parents ou du tuteur</p> <p style="text-align: center;">Vérification/Signature du dentiste</p> |   |                               |                             |                        |                                   |
| <b>Date du traitement</b>   | <b>Code du procédé</b>  | <b>Code int. des dents</b>   | <b>Surfaces des dents</b>   | <b>Honoraires du dentiste</b> | <b>Frais de laboratoire</b> | <b>Total des frais</b> | Réservé au gestionnaire du régime |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
|   |   |  |   |                               |                             |                        |                                   |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.  |   |  |   | TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS |                             |                        |                                   |

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

|                                   |                       |   |   |
|-----------------------------------|-----------------------|---|---|
| Numéro de contrat<br><b>50380</b> | Numéro de participant | Promoteur de régime/employeur<br><b>Presbyterian Church in Canada</b> | Langue de préférence pour la correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| Nom de famille                    | Prénom                | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme      | Date de naissance (aaaa-mm-jj)<br>- -   |
| 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)<br>- - | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme  |
| Nom de l'enfant            | Liens avec vous<br><input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille | Date de naissance (aaaa-mm-jj)<br>- - | Si l'enfant à charge a passé l'âge limite (voir le dossier d'information sur les garanties)<br><input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> 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)<br>- - | Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)?<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Dans l'affirmative, signature du conjoint<br>X |                       |   | Date (aaaa-mm-jj)<br>- -  |

## 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)<br>— —   | Lieu de l'accident<br><input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Ailleurs | 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |  |                             |

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)<br>— — | 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)<br>— — |
|---|------------------------|---|

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<br>X | Date (aaaa-mm-jj)<br>— — |
|-------------------------------|--------------------------|

### Protection des renseignements personnels

Nous avons à coeur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivée@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivée@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Des questions? Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer le numéro sans frais 1-800-361-6212, 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 au Bureau des règlements le plus proche.

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