CAE

Financière Sun Life

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'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 À remplir par le dentiste

PATIENT

Nom | Prénom

Adresse | App.

Ville | Prov. | Code postal

N° unique | Spéc. | N° de dossier du patient

DENTISTE

Téléphone :

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

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.

Signature du patient, des parents ou du tuteur

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
jour	mois	année						

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 À remplir par le participant

Vous devez remplir cette section.

Renseignements sur le participant

Contrat n° **25289**

0 ☐ division | 0 0 0 | ☐☐☐☐☐ numéro d'employé

salarié=2 **syndiqué=3**

Date de naissance : jour / mois / année

Nom | Prénom | ☐ homme ☐ 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 ☐ homme ☐ femme | Date de naissance : jour / mois / année

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
	☐	☐				☐	☐

suite au verso

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 ☐ Oui ☐ ▶ Date de naissance du conjoint : ___ / ___ / ___ (jour mois année)

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 de participant : _____

Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)? Non ☐ Oui ☐ ▶

Dans l'affirmative, signature du conjoint : _____ Date : ___ / ___ / ___ (jour mois année)

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 et lieu de l'accident : jour ___ / mois ___ / année ___ Au travail ☐ À la maison ☐ 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? Non ☐ 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 : ___ / ___ / ___ (jour mois année)
- 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 : ___ / ___ / ___ (jour mois année)

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 si les renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement sont exacts.

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même ou par les personnes à ma charge. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant.

J'atteste que les renseignements qui figurent dans la présente demande de règlement 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.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime et à les échanger avec toute personne ou 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 me concernent relativement à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

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

Signature du participant _____ Date jour ___ / mois ___ / année ___

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

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au Bureau des règlements maladie de votre région :

RÉGION DE L'EST
Région de l'Atlantique, du Québec et de l'Est de l'Ontario
CP 6076 Succ CV
Montréal QC H3C 4S3

RÉGION DU CENTRE
Ontario (à l'exception de l'Est de l'Ontario)
CP 4023 Succ A
Toronto ON M5W 2P7

RÉGION DE L'OUEST
Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon
CP 2880 Succ Main
Edmonton AB T5J 4S6

Pour de plus amples renseignements : 1 800 361-6212

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