iA Groupe financier

RÉCLAMATION
SOINS DENTAIRES

ASSURANCE COLLECTIVE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Imprimer

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom) _____

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic, les actes ou l'ajout de considérations particulières :

Duplicata ☐ Prédétermination ☐

Dentiste (nom et prénom / adresse / nº de téléphone)
_____
_____
_____

Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette réclamation au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

_____
Signature du souscripteur

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette réclamation et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ $, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Signature du participant _____

Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

DATE A	DATE M	DATE J	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

Total des frais soumis _____

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nº de police _____ Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

Nº de certificat _____ Date de naissance A M J Sexe : ☐ M ☐ F Langue : ☐ Fr. ☐ Angl.

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE :

- *Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins dentaires, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.*
- *Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.*

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? ☐ **Non** ☐ **Oui, préciser :**

Nom de la compagnie d'assurance _____ Nº de police _____ Protection : ☐ Individuelle ☐ Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance A M J

VEUILLEZ S.V.P. REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.

Page suivante >>

1. Si les frais engagés le sont pour une personne à charge, donner les renseignements suivants :

Nom de la personne à charge _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance A M J

Enfant de 18 ans et plus : ☐ Handicapé ☐ Étudiant à temps plein Nom de l'établissement d'enseignement _____

2. Si la réclamation résulte d'un accident, préciser : ☐ Accident au travail ☐ Accident d'automobile ☐ Autre
et remplir le formulaire *Réclamation soins dentaires en cas d'accident* (F54-267).

3. Est-ce que des traitements à des fins orthodontiques sont prévus? ☐ Oui ☐ Non

4. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il d'une première pose? ☐ Oui ☐ Non

SI OUI, bien vouloir fournir les radiographies d'avant le traitement.

SI NON, préciser la date de la pose précédente A M J et la nécessité du remplacement _____

_____

_____

5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle? ☐ Oui ☐ Non

SI OUI, préciser la date de la dernière pose A M J et la nécessité du remplacement _____

_____

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette réclamation est véridique et complète.

Si cette réclamation est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la réclamation; et

(2) J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la réclamation.

(3) JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date A M J

Adresse _____ Code postal

Tél. (domicile) Tél. (travail) Poste

Imprimer

Retour à la page 1

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.