

# Demande de règlement Garantie Frais dentaires et compte Soins de santé



approuvée par l'Association dentaire canadienne



## 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.	
	Adresse		D E N T I S T E				
	App.						Téléphone :
Ville		Prov.	Code postal		Signature du participant		

Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.  Duplicata <input type="checkbox"/>	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 nommé dans le présent formulaire.  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	Réservé au gestionnaire du régime	
jour	mois	année						
								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			Réservé au gestionnaire du régime	

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

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

## 5 Compte Soins de santé – vous devez remplir cette section seulement si vous êtes couvert par un compte Soins de santé

Si vous êtes couvert par plus d'un régime, vous devriez présenter votre demande de règlement au titre du ou des autres régimes avant de demander le règlement des frais au moyen du CSS. Si vous demandez le règlement au moyen du CSS de la fraction des frais qui n'a pas été payée par le ou les autres régimes, veuillez joindre à votre demande une copie du relevé des prestations versées et des reçus.

Vous NE voulez PAS que les frais engagés soient réglés au moyen du CSS.  
 Vous voulez que la demande soit présentée en premier lieu au titre de votre régime et que la fraction impayée des frais soit réglée au moyen du CSS.  
 Vous voulez que la TOTALITÉ des frais soit réglée au moyen du CSS.

À l'usage de la FSL : DCF
------------------------------

## 6 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 <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) — —	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).

## 7 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.

Si je présente une demande de règlement au titre de mon compte Soins de santé, j'atteste que les frais indiqués ouvrent droit à un remboursement. J'affirme également que les personnes au nom desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et qu'il s'agit de moi-même, de mon conjoint et de toute personne à ma charge au sens défini dans la description de la garantie Compte Soins de santé. Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais. Je reconnais également qu'à des fins fiscales ou administratives, le promoteur du régime peut avoir accès à un sommaire de l'ensemble des sommes dont j'ai demandé le remboursement au titre de mon compte Soins de santé.

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 X	Date (aaaa-mm-jj) — —
-------------------------------	--------------------------

### 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 notre 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