canada vie MC

ASSURANCE DENTAIRE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
(51057)

En caractères d'imprimerie s.v.p.

L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

CLHIA ACCAP

CANADA POSTES POST CANADA

PARTIE 1 – DENTISTE

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

N° UNIQUE | SPÉC. | N° DE DOSSIER DU PATIENT

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES À L'ÉGARD DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

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 À L'ADMINISTRATEUR 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

DATE DU TRAITEMENT (JOUR / MOIS / ANNÉE)	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	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

DIRECTIVES

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste.
2. Remplissez les parties 2 et 3 réservées à l'employé.
3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la partie 1 ci-dessus. La cession des prestations est irrévocable. La Canada Vie peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.
4. Envoyez la présente demande de règlement à :

Questions : 1 866 716.1313 (sans frais)

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800
www.canadavie.com

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.
Ligne ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Régime n° **51057** Numéro d'identification de l'employé _____

Nom du régime _____

Nom de l'employé _____ Date de naissance ____/____/____ (Jour / Mois / Année)

Adresse de l'employé _____

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse canadavie.com.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé _____ Date _____

PARTIE 3 – COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté avec l'employé ☐ Employé ☐ Conjoint ☐ Enfant
2. Date de naissance du patient ____/____/____ (jour / mois / anné)
3. Si l'enfant est âgé de 22 ans ou plus : a) Étudie-t-il à temps plein? ☐ Oui ☐ Non
   b) Est-il atteint d'une invalidité? ☐ Oui ☐ Non
   c) Est-il célibataire et dépendant financièrement de vous? ☐ Oui ☐ Non
4. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'employé _____
   Nom de l'autre assureur _____ Police numéro _____
   b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre d'employé par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non
   c) Dans l'affirmative à la question 4 a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____/____/____ (Jour / Mois / Année)
5. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____
6. Une demande a-t-elle été présentée à la CNESST? ☐ Oui ☐ Non
7. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? ☐ Oui ☐ Non
   Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.

M445D(51057)(f)-5/21

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Effacer