canada vie MC

ASSURANCE DENTAIRE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT STANDARD

En caractères d'imprimerie s.v.p.

L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes

PARTIE 1 - DENTISTE

N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

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 PROPRIÉTAIRE DE POLICE _____

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES 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 AU GESTIONNAIRE DE 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 D'ACTE	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 propriétaire de police. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le propriétaire et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement

1. Faites remplir la Partie 1 partie par votre dentiste.
2. Remplissez les Parties 2 et 3 réservées au propriétaire de police.
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 :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Unité de l'assurance-maladie individuelle
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Pour demander des renseignements composez le :
1 866 430-2863

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE

Police n° __/__/__/__/__/__/__/ - __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Nom du propriétaire de la police (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse du propriétaire de la police _____

Numéro de téléphone : Domicile _____ Travail _____

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de votre demande de règlement. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques à l'égard des renseignements personnels (y compris en ce qui concerne les fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site www.canadavie.com.

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime (le cas échéant), 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 fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Signature du propriétaire de la police _____ Date _____

La présente demande de règlement vous sera retournée si elle est incomplète ou comporte des erreurs. Veuillez conserver une copie pour vos dossiers.

PARTIE 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Lien de parenté avec vous : _____ 2. Date de naissance du patient : ____/____/____ (Jour Mois Année)
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 à 25 ans :
   a) Étudie-t-il à plein temps? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, nom de l'établissement d'enseignement : _____
   b) Travaille-t-il? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, combien d'heures travaille-t-il par semaine? _____
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? ☐ Oui ☐ Non ☐ Régime collectif ☐ Régime individuel
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____
   Nom de l'autre assureur _____ Numéro de la police _____
   b) Dans l'affirmative à la question 5 a) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint ____/____/____ (Jour Mois Année)
6. 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. _____
7. Si la demande porte sur une prothèse, une couronne ou un pont, s'agit-il d'une première mise en place? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et donnez la raison du remplacement. _____

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

Effacer