

# Demande de règlement Garantie Frais dentaires pour assurance-santé personnelle



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

PARTIEN	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.  _____ Signature du participant
	Adresse				App.		D E N T I S T E Téléphone :		
	Ville		Prov.	Code postal					
	<p>Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.</p> <p>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.</p> <p>Duplicata <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">_____ Signature du patient, des parents ou du tuteur</p> <p style="text-align: center;">Vérification/Signature du dentiste</p>								

Date du traitement			Code du procédé	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	<b>Réservé à l'administration</b>
jour	mois	année							

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.	<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>
--	--------------------------------------

## 2 Renseignements sur le propriétaire du contrat

Vous devez remplir cette section.

Numéro de contrat <b>37000</b>		Numéro de participant		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Nom de famille			Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville				Province	Code postal
Numéro de téléphone (le jour)			Numéro de téléphone (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 de famille du conjoint		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Nom de famille de l'enfant	Prénom	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	(jj-mm-aaaa)		Handicapé	Étudiant à temps plein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4 Renseignements sur la demande de règlement

Si votre dentiste a recommandé une couronne ou un pont, ou d'autres soins dentaires dépassant 500 \$ (par patient), veuillez demander à votre dentiste de remplir un formulaire de détermination préalable des prestations et nous le faire parvenir avant le début du traitement.

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 (jj-mm-aaaa)	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 (jj-mm-aaaa)	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 (jj-mm-aaaa)
--

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).

### 5 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 conseillers 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 la même valeur que l'original.

Signature du propriétaire du contrat X	Date (jj-mm-aaaa)
---	-------------------

**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

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au contrat ou composer le 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).