

Approuvé par l'Association dentaire canadienne

<b>1<sup>re</sup> PARTIE - DENTISTE</b>	N° UNIQUE	SPEC.	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.
P NOM _____ PRÉNOM _____ A _____ T ADRESSE _____ I _____ E VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTALE _____ N _____ T _____	D E N T I S T E	SIGNATURE DU PARTICIPANT _____		
		N° DE TÉLÉPHONE _____		
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES		IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUTRES AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT REMUNÉRÉ 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 DIVULGÉS À L'ASSUREUR OU L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À L'ACCOUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.		
DUPLICATA <input type="checkbox"/>		SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR _____		
		VÉRIFICATION/SIGNATURE DU DENTISTE _____		

DATE DU TRAITEMENT			CODE DU PROCÉDÉ	CODE DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
JOUR	MOIS	ANNÉE						

Siles frais sont d'au moins 300\$, nous vous recommandons de soumettre votre demande pour nous permettre de déterminer les prestations à l'avance. Pour les couronnes ou ponts, veuillez joindre les radiographies pertinentes. Celles-ci seront retournées à votre dentiste dans les plus brefs délais.

LA PRÉSENTE EST UN RELEVÉ EXACT DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DÉMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.	<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>
---	--------------------------------------

**2<sup>e</sup> PARTIE - ASSURÉ/PARTICIPANT** REPLIR CETTE PARTIE AVANT DE LA PRÉSENTER AU DENTISTE

Police Collective N° \_\_\_\_\_ Division N° \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Certificat N° \_\_\_\_\_ Nom du participant \_\_\_\_\_

Patient: lien de parenté avec le participant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Sil s'agit du conjoint ou d'un enfant, travaille-t-il? Non  Oui  - endroit? \_\_\_\_\_

Est-il entièrement à votre charge? Non  Oui

Enfant âgé de 21 ans ou plus: Étudiant  Handicapé

Étudiant: donner le nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou un régime d'assurance dentaire? Non  Oui  - Numéro de police \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, veuillez donner: la date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_  
la date de naissance du participant \_\_\_\_\_

Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, est-ce la première pose? Non  Oui  Indiquer la date de la pose précédente et la raison du remplacement.

Un traitement est-il rendu nécessaire à la suite d'un accident? Non  Oui  Indiquer la date et préciser.

Est-ce qu'il y a des soins orthodontiques? Non  Oui  Demande d'indemnités soumise à la C.S.S.T.? Non  Oui

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques et que tous les reçus ne représentent aucune duplication de frais déjà soumis.

J'autorise :

- La divulgation de tout renseignement et ou de tout dossier relié à la présente demande de règlement à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (L'Empire Vie), à ses agents, représentants et ou consultants, ainsi que la cueillette et la révision de ces renseignements (au besoin) dans le but de réviser, d'évaluer et de traiter cette demande de règlement;
- L'Empire Vie à divulguer au titulaire de police et/ou au gestionnaire ou agent attiré tout renseignement collectif statistique pouvant comporter des renseignements relatifs à des demandes de réclamations payées à mon nom ou à celui de mes personnes à charge admissibles (autres que les détails spécifiques relatifs à l'état de santé) aux fins de négociation du renouvellement de la police et de l'administration des primes et des garanties;
- L'Empire Vie à rembourser l'assuré participant au régime directement pour la présente demande de règlement.

Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation aura le même effet que l'originale.

Je comprends que toutes les demandes de règlement soumises en vertu de ce régime collectif le sont par l'entremise de l'assuré participant au régime. L'Empire Vie peut partager des renseignements au sujet de ces demandes de règlement avec l'assuré participant au régime ou avec toute personne agissant en son nom (le cas échéant) dans le but de confirmer l'admissibilité et de permettre l'évaluation et le traitement de la demande de règlement.

Date \_\_\_\_\_ Signature du requérant \_\_\_\_\_

## **Pour obtenir le paiement rapide de votre demande de règlement, avez-vous...**

Rempli et signé votre formulaire de demande de règlement?  
Inscrit votre adresse actuelle exacte ainsi que votre code postal?  
Inclus une copie du document d'explication des garanties de l'autre compagnie d'assurance si la coordination des prestations s'applique?

Si vous cédez le paiement de votre réclamation directement à votre dentiste, veuillez vous assurer de remplir la partie du formulaire de réclamation de frais dentaires prévue à cet effet.

L'Empire Vie se réserve le droit d'exiger des renseignements complémentaires dans le but d'évaluer la présente demande de règlement et/ou d'autres demandes futures.

**Les demandes de règlement soumises plus de 365 jours après la date à laquelle les services ont été reçus ou plus de 90 jours après l'expiration de la protection seront refusées en raison de délais de soumission trop longs.**

**Une fois dûment rempli, veuillez faire parvenir votre formulaire de demande de règlement à l'adresse suivante :**

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie  
Service des règlements santé, Assurance collective  
259, rue King Est  
Kingston ON  
K7L 3A8

**Le paiement de votre demande sera envoyé à l'adresse indiquée sur votre formulaire de demande de règlement.  
Tout renseignement manquant ou incorrect cause des délais inévitables du paiement de la demande de règlement.**

**Profitez des avantages qu'offre le paiement par dépôt automatique à votre compte bancaire par le TEF (Transfert électronique de fonds).  
Pour recevoir le paiement de vos demandes de règlement de frais dentaires de cette façon, il vous suffit de joindre un chèque annulé à votre formulaire de réclamation.**

### **Fraude à l'assurance**

La fraude à l'assurance est un geste ou une omission intentionnelle visant à obtenir illégalement une prestation d'assurance.

Les demandes de réclamation frauduleuses augmentent le coût de votre assurance collective.

Service à la clientèle de la collective 1-800-267-0215