

# FORMULAIRE POUR SOINS DENTAIRES DE L'EMPIRE VIE

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.  
 Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

|  |                                  |  |  |                       |                                |   |
|--|----------------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------------|---|
| <b>1<sup>re</sup> partie - à remplir par le dentiste</b>   |                                  |  | 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. |
| <b>P<br/>A<br/>T<br/>I<br/>E<br/>N<br/>T</b>   | Nom de famille, prénom _____     |  | <b>D<br/>E<br/>N<br/>T<br/>I<br/>S<br/>T<br/>E</b>   | N° de téléphone _____ |                                | X _____<br>Signature du participant   |
|  | Adresse _____ Suite _____        |  |  |                       |                                |   |
|  | Ville _____                      |  |  |                       |                                |   |
|  | Province _____ Code postal _____ |  |  |                       |                                |   |
| 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 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 nommé désigné. |                       |                                |   |
| Duplicata <input type="checkbox"/>   |                                  |  | X _____<br>Signature du patient, des parents ou du tuteur<br>X _____<br>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 |
|---|------|-------|-----------------|---------------------|--------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| JOUR  | MOIS | ANNÉE |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
|   |      |       |                 |                     |                    |                        |                                      |                 |
| La présente est un relevé exact des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. |      |       |                 |                     |                    |                        | <b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b> |                 |

Si les frais sont d'au moins 300 \$, nous vous recommandons de soumettre votre demande avant de recevoir les services 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.

**2<sup>e</sup> partie – Assuré/participant – remplir cette partie avant de la présenter au dentiste**

N° de police d'assurance collective \_\_\_\_\_ N° de division \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_  
 Nom du participant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

**3<sup>e</sup> partie – Renseignements sur le patient**

- Relation du patient avec le participant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 S'il s'agit d'un enfant, travaille-t-il?  oui  non – si oui, indiquer l'endroit \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> d'heures travaillées \_\_\_\_\_  
 Est-il entièrement à votre charge?  oui  non – si âgé de 21 ans ou plus, est-il :  Handicapé  Étudiant  
 S'il est étudiant, précisez :  temps plein  temps partiel – nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_
- Ces soins dentaires sont-ils couverts par un autre régime d'assurance collective ou d'assurance dentaire?  oui  non – si oui :  
 Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_
- Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il de la première pose?  oui  non – si non :  
 Date de la pose précédente \_\_\_\_\_ Raison du remplacement \_\_\_\_\_
- Le traitement est-il requis en raison d'un accident?  oui  non – si oui :  
 Date et détails de l'accident \_\_\_\_\_  
 Demande d'indemnités soumise à la CNESST?  oui  non
- Cette demande inclut-elle des soins orthodontiques?  oui  non

**4<sup>e</sup> partie – Autorisation et signature**

**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 Vie, à ses agents, représentants et/ou consultants, ainsi que la collecte et la révision de ces renseignements (au besoin) dans le but d'évaluer et de traiter cette demande de règlement;
- L'Empire Vie à divulguer au titulaire de police et/ou à l'administrateur du régime ou à l'agent attiré tout renseignement collectif statistique pouvant comporter des renseignements relatifs à des demandes de règlement 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; et
- L'Empire Vie à rembourser le participant directement pour la présente demande de règlement.

**J'accepte** qu'une photocopie de cette autorisation ait la même valeur que l'original.

**Je comprends** que toutes les demandes de règlement soumises en vertu de ce régime d'assurance collective le sont par l'entremise du participant. L'Empire Vie peut partager des renseignements au sujet de ces demandes de règlement avec le participant 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.

Signature du demandeur X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Voir au verso pour plus de détails



## 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 assureur si la coordination des indemnités s'applique?

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

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

Veuillez noter que nous refuserons les demandes de règlement soumises plus de 365 jours après la date de la prestation des services ou plus de 90 jours après la cessation de la protection en raison de délais de soumission trop longs.

### **Veuillez envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli à :**

Solutions d'assurance collective

Empire Vie

259, rue King Est

Kingston ON K7L 3A8

Nous acheminerons le paiement de votre demande à l'adresse indiquée sur votre formulaire de demande de règlement.

Tout renseignement manquant ou incorrect retardera le paiement de la demande de règlement.

Profitez des avantages qu'offre le paiement par dépôt automatique dans votre compte bancaire au moyen des transferts électroniques de fonds. Pour ce faire, il vous suffit de joindre un chèque annulé à votre formulaire de demande de règlement.

### **Fraude en assurance**

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

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

Pour joindre le Service à la clientèle des Solutions d'assurance collective : 1 800 267-0215