

<b>PARTIE 1 – DENTISTE</b>		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.
<b>P</b>	NOM _____ PRÉNOM _____	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) _____			
<b>A</b>	ADRESSE _____ APP. _____				
<b>T</b>	VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____	TÉLÉPHONE _____ SIGNATURE DU PARTICIPANT _____			
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.		DUBLICATA <input type="checkbox"/>			

DATE DU TRAITEMENT <small>JOUR   MOIS   ANNÉE</small>	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	<b>DIRECTIVES</b>
							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. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste.</li> <li>2. Remplissez les parties 2 et 3 réservées à l'employé.</li> <li>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.</li> <li>4. Envoyez la présente demande de règlement à :                             <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <b>Questions : 1 800 957-9777 (sans frais)</b> </div>                             Service des indemnités de Montréal                              Place Bonaventure                              800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800                              Montréal QC H5A 1B9                              www.canadavie.com                         </li> </ol> <div style="font-size: small; margin-top: 10px;">                              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                         </div>

**PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ**

Régime n° \_\_\_\_\_ Division n° \_\_\_\_\_ 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 [www.canadavie.com](http://www.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 du patient avec l'employé : \_\_\_\_\_
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 ans ou plus :
  - a) Étudie-t-il à temps plein?  Oui  Non
  - b) S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? \_\_\_\_\_
  - c) Travaille-t-il?  Oui  Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : \_\_\_\_\_
5. 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 5a) ou b) 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. Une demande a-t-elle été présentée à la CNESST?  Oui  Non
8. 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. \_\_\_\_\_