

## RÉCLAMATION POUR SOINS DENTAIRES

### SECTION A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

Nom et prénom		Numéro de membre	Numéro de téléphone
Adresse – N°, rue, bureau		Ville	Province Code postal

### SECTION B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

**IMPORTANT : S'il s'agit de soins dentaires à la suite d'un accident, d'une couronne, facette, incrustation ou de prothèse, veuillez vous référer aux sections J et K. Dans le cas d'un traitement qui exige plusieurs séances, la date du traitement doit être la date de fin du traitement ou la date de mise en bouche.**

Nom et prénom du patient		Date de naissance AAAA MM JJ	Lien de parenté avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils				
Date du traitement AA MM JJ	N° de dent	Code du procédé	Surface des dents	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total des frais demandés	Diagnostic – À l'usage du dentiste seulement:      <b>CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS.</b> Signature du dentiste : _____ Date : _____
Total des honoraires demandés :							

### SECTION C. CESSION DE REMBOURSEMENT

Je cède le remboursement payable en vertu de la présente réclamation au dentiste dénommé ci-dessus et j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, à payer le dentiste directement.

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### SECTION D. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT – À remplir par l'adhérent.

Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur		N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse – N°, rue, appartement		Ville	Province Code postal

Remplir seulement si vous réclamez des frais engagés pour vos enfants à charge de 18 ou 21 ans ou plus (selon le contrat). Ne pas oublier de fournir les informations en relation avec la période où les frais sont engagés pour votre enfant. Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

Atteint d'une déficience fonctionnelle

Étudiant à temps plein – Nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Période : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

### SECTION E. COORDINATION DES PRESTATIONS – À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom du détenteur de l'autre assurance		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Desjardins Assurances – N° de contrat : _____		N° de certificat : _____	
Type de protection détenue pour les soins dentaires : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale		Période de couverture Du _____ Au _____	
Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre assurance			

### SECTION F. COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ – Si vous avez cette garantie, cochez l'option que vous désirez.

J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé. Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais et, qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

**En l'absence d'indication, la portion des frais qui n'est pas remboursée par votre régime sera automatiquement soumise à votre compte de dépenses de frais de santé.**

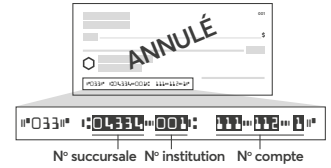
Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.

**Partie des frais non admissibles** – Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.

**Protection familiale du conjoint** – Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une réclamation à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

**SECTION G. ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT** – Joignez un spécimen de chèque ou inscrivez vos informations bancaires pour être inscrit au dépôt direct.

N° de succursale/transit	N° d'institution	N° de compte
Votre adresse courriel ( <u>obligatoire</u> )		



Une fois inscrit, vos remboursements d'assurance soins de santé seront déposés dans ce compte bancaire. Vous recevrez des notifications par courriel pour vous informer du traitement de vos réclamations et vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste. L'inscription au site sécurisé est obligatoire pour consulter les bordereaux. Pour vous inscrire, visitez [desjardinsassurancevie.com/adherent](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

Il est de votre responsabilité de vous assurer que les coordonnées bancaires que vous inscrivez sont exactes et de vérifier que les sommes dues y sont bien déposées. Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité à cet égard.

**SECTION H. GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite). Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

**SECTION I. DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je comprends que je suis responsable du coût total du traitement. J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé ou des compagnies d'assurance; b) à ne communiquer aux dites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Date :

N° de téléphone : Résidence :

Travail :

Poste :

**SECTION J. SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT**▶ **À remplir par l'adhérent**

AAAA MM JJ

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Comment l'accident est-il survenu? \_\_\_\_\_

**S'il s'agit d'un accident de travail ou d'un accident de véhicule motorisé, la demande doit d'abord être soumise à votre régime provincial d'assurance automobile (si applicable dans votre province) ou de santé et sécurité au travail avant d'être transmise à votre assureur.**

▶ **À remplir par le dentiste**Les dents étaient-elles saines et naturelles avant l'accident?  Oui  Non

Diagnostic et description clinique des dents avant l'accident : \_\_\_\_\_

**Les radiographies préopératoires sont requises pour l'étude des soins dentaires à la suite d'un accident. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.**

**SECTION K. RÉCLAMATION POUR UNE COURONNE, UNE FACETTE, UNE INCRUSTATION, UN PONT FIXE OU UNE PROTHÈSE**

- **S'il s'agit d'une couronne, d'une facette ou d'une incrustation** : Veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge de l'appareil existant.
- **S'il s'agit d'un pont fixe** : Veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement montrant clairement les deux côtés de l'arche impliquée. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'un pont initial, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.
- **S'il s'agit d'une prothèse** : S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'une prothèse initiale, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.

**Veuillez inclure une copie de la facture relative aux frais de laboratoire avec votre réclamation.**

**Signer la section I et retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6**