canada vie MC

GESTIONNAIRE DU :

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

CLHIA ACCAP

1re PARTIE - DENTISTE

Nº UNIQUE	SPÉC.	Nº DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

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..

SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

DUPLICATA ☐

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.

SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR)

VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

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.

1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste.
1. Demander au dentiste de remplir la 1re partie.
2. Remplir la 2e partie
3. **Envoyer la présente demande de règlement à :**

MEMBRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA :	Prestations, Soins médicaux et Soins dentaires de la Canada Vie Service des indemnités, Assurés à l'étranger CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5
RÉSIDENTS DU QUÉBEC, SAUF RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE :	Service des indemnités de Montréal Place Bonaventure Bureau 5800 800, rue de la Gauchetière Ouest Montréal QC H5A 1B9
TOUS LES AUTRES RÉSIDENTS DU CANADA :	Service des indemnités de Winnipeg CP 6025 Succursale Main Winnipeg MB R3C 3C7

1 855 415-4414 • www.canadavie.com

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

2e PARTIE - EMPLOYÉ (en lettres moulées, s.v.p.)

1. Nom de l'employé au complet | Numéro du régime | Numéro du certificat de l'employé C | F |

Adresse de l'employé

2. Lien du patient avec l'employé | Date de naissance du patient Jour | Mois | Année | Le patient est-il un enfant handicapé à charge, âgé de 21 ans ou plus? ☐ Oui ☐ Non

3. S'il s'agit d'un enfant à charge, âgé de 21 à 25 ans, cet enfant est-il un étudiant à temps plein? ☐ Oui ☐ Non
Nom de l'établissement d'enseignement

4. S'il s'agit d'un conjoint de fait, la relation existe-t-elle depuis au moins un an? ☐ Oui ☐ Non

5. Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations, à titre d'employé, aux termes du présent régime ou de tout autre régime collectif? ☐ Oui ☐ Non

NOM DE LA PERSONNE COUVERTE	POLICE Nº ET Nº D'IDENTIFICATION	NOM DU RÉGIME DENTAIRE / DE L'AUTRE

6. Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 5 et que le patient est un enfant à votre charge, donnez la date de naissance de l'employé (jour/mois) : _____/_____/ et celle de l'époux ou du conjoint de fait (jour/mois) _____/_____/

7. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, donnez la date et le lieu de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.

Dans l'affirmative, êtes-vous membre du Régime de soins de santé de la fonction publique? ☐ Oui ☐ Non
(Joindre une copie du règlement aux termes du Régime de soins de santé)

8. S'il s'agit de prothèses, couronnes ou ponts, sont-ils mis en bouche pour la première fois? (Joindre les radiographies de prétraitement dans le cas de couronnes ou ponts.) ☐ Oui ☐ Non
Si non, indiquez la date de la dernière mise en bouche et donnez les raisons du remplacement.

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 de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur 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 fournisseur 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. J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé _____ Date : _____

AVEZ-VOUS REMPLI TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE?

M445D(PSP)(f)-8/20

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Effacer