

VIE • SANTÉ • RETRAITE

## **RÉCLAMATION POUR SOINS DENTAIRES**

RENSE	IGNE	MENT	S REL	ATIFS A	U DENTIST	Έ													
Nom et prénom									Numéro de membre				Numéro de téléphone						
NO It								\/:II-		( ) -									
Nº, rue, bureau						Ville Province Code postal													
DENICE	LONE		TC D.																
ÀLAR				LATIFS	IIIII OILII	<u>IMPORTANT</u> : S'il s'agit de soins dentaires accidentels, d'une couronne, facette, incrustation ou de prothèse, veuillez vous référer au verso.  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					Date						Date de naissanc	de naissance Lien de parenté avec l'adhérent							
											AAAA	MM JJ		□ c	onjoin	t 🗌	Fille		Fils
Date du traitement N° Code du de procédé				Surface des dents	Frais de Honora laboratoire du dent					Total des frais demandés	Diagnostic - À l'usage du dentiste seulement :								
AA N	dent	nt procede		ues dents	laboratorie		du dentiste		ste	demandes									
								Ш.											
												CECI CONS	TITUE 11	NE DÉ	CLARA	ATION EV	ACTE DE	CEDY	UCES
												RENDUS ET						) JEN	VICES
										Signature du dentiste									
					Total des honoraires de			emar	ndés :		Date :								
RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT À remplir par l'adhérent. Afin d'accélérer le règlement de votre réclamation, veuillez répondre à toutes les questions.																			
Nom du groupe ou du preneur ou de l'employ					'employeur	ur					N° de police ou de groupe ou de cont			nt N° de certificat					
Nom et prénom de l'adhérent Sexe Date de naissance																			
,													□м [	□F		AAAA	MM	J	IJ
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 la police). Ne pas oublier de fournir les informations en relation avec la																			
							fant est a	tteint d	'une	déficien	ice fonctionnelle,	veuillez nous f	ournir un	rapport	t médic				
Étudiant	à temp	os plein e foncti	ou att	eint 🗆 [	Déf. fonct. Étudiant à t. ple	in : Du	AAAA	MM	JJ	AAA u	<b>)</b> LL MM A <i>P</i>	lom de l'établ	issement	scolair	re				
					- caaranca cr pro														
COOR	DINA	TION	DES	PRESTA	TIONS	À remp	lir par l'	adhére	ent.										
Nom et	prénon	du dé	tenteu	r de l'autr	e protection	d'assur	ance							Sexe		Date de na			
													□F	AAAA	MN.	/I J			
Nom de  Desja				riode de	couverture	AA	AA MN	1 ]]	Si	l'autre	assurance est de	étenue auprè	s de Desja	ardins <i>A</i>	Assurai	nces*:			
Assui	rances	L Au	re Di	ı		Au			N	de cor	ntrat :		Nº de	e certifi	icat :				
Type de	-				Individuelle		Couple					Familiale							
Nom et	prenon	i des pe	ersonn	es à charg	ge couvertes p	oar cett	e autre	protect	non d	'assura	ince		I						
* Desjard	* Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).																		
		_																	
					IS DE SAN						, cochez l'optio	<u> </u>		,					
Je recon	nais qu	e je suis	respo	nsable du	paiement de	tout im	pôt pou	vant rés	sulte	r du ren	in compte de dé nboursement de emboursement e	ces frais et, q	u'à des fir	ns fiscal				ministr	rateur
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.  Couverture 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).								moi et ii n'est ne											

# ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT En entant pour le dépôt direct, vous entiendrez ves remboursements plus rapidement, directement dans vetre compte hansaire, et vous serez informé n

En optant pour le dépôt direct, vous obtiendrez vos remboursements plus rapidement, directement dans votre compte bancaire, et vous serez informé par courriel une fois le traitement de vos réclamations terminé. Vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste.

Pour vous y inscrire, veuillez joindre un chèque portant la mention

« ANNULÉ » à la présente réclamation et inscrire votre adresse courriel (obligatoire) :

Pour obtenir plus de détails sur ce service, pour consulter vos bordereaux explicatifs ou encore pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, connectezvous à votre site sécurisé à l'adresse desjardinsassurancevie.com/adherent.

#### **GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.

#### DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE 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. 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 auxdites 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.

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°s de téléphone : Résidence : ( ) -	Travail : ( ) - Poste :						
SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT							
À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT  AAAA MM J  Date de l'accident :  Lieu de l'accident :  Comment l'accident est-il survenu?	À REMPLIR PAR LE DENTISTE  Les dents étaient-elles saines et naturelles avant l'accident?  Diagnostic et description clinique des dents avant l'accident :						
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.	Les radiographies préopératoires sont requises pour l'étude des soins dentaires accidentels. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.						

### 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 du laboratoire avec votre réclamation.