



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE DENTAIRE

PARTIE 1 – Dentiste									
P A T I E N T	NOM DE FAMILLE	PRÉNOMS	NOM	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 RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT. _____ SIGNATURE DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT (ASSURÉ(E))		
	ADRESSE	APP.	ADRESSE						
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL						
	CODE POSTAL			N° DE TÉLÉPHONE					
				D E N T I S T E					
RÉSERVÉ AU DENTISTE – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES 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 NOMMÉMENT DÉSIGNÉ. _____ SIGNATURE DE LA PARTICIPANTE OU DU PATIENT (DES PARENTS OU DE LA TUTRICE OU DU TUTEUR)					
DUPLICATA <input type="checkbox"/>				VÉRIFICATION					
DATE DU TRAITEMENT			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INTERNAT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL	
Jour	Mois	Année							
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.							TOTAL DES HONORAIRES EXIGÉS		\$
La contrefaçon et la falsification de documents ou de reçus servant à une réclamation peuvent entraîner des sanctions.									

<h3>Directives pour la présentation de la demande</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faites remplir les parties 1, 2 et 3 par votre dentiste. 2. Après que la partie 1 à été remplie, signez la pour reconnaître les honoraires du dentiste. 3. Assurez-vous que les parties 2 et 3 sont remplies en entier. Des renseignements incomplets retarderont le traitement de votre demande.



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE DENTAIRE

PARTIE 2 – Employeur/Participant

1. N° de police collective ou régime collectif : _____ N° de division : _____
Employeur : _____
2. Nom de l'assuré(e) (en lettres moulées) : _____
Date de naissance : (Jour _____ Mois _____ Année _____) N° de certif./d'identif. de l'assuré(e) : _____

Si vous bénéficiez d'un compte de crédit-santé (CCS), veuillez remplir ce qui suit.

Afin de maximiser vos prestations, examinez toutes les protections accordées par le régime provincial d'assurance-maladie et par le régime privé, PUIS effectuez la réclamation appropriée. Le régime privé peut inclure des protections accordées par un autre assureur à vous-même ou aux personnes à votre charge. Relisez au besoin les dispositions de l'article « Coordination des indemnités » de votre livret ou brochure du participant.

Veuillez choisir l'une des options suivantes :

- Je désire que les dépenses admissibles soient couvertes UNIQUEMENT par mon régime de soins médicaux ou mon régime d'assurance-dentaire L'Équitable.
- Je désire que les dépenses admissibles soient couvertes EN PREMIER LIEU par mon régime de soins médicaux ou mon régime d'assurance-dentaire L'Équitable, et que la partie restante non payée des dépenses admissibles soit couverte par mon CCS.
- Je désire que TOUTES les dépenses admissibles soient directement couvertes par mon CSS.

NOTA : Si vous n'avez coché aucune des cases ci-dessus, aucune partie de cette réclamation ne sera couverte par votre compte de crédit-santé (CCS).

PARTIE 3 – Renseignements sur le patient

1. Patient(e) : Lien de parenté avec l'employé(e) ou la participante ou le participant – _____
Date de naissance (Jour _____ Mois _____ Année _____)
Dans le cas d'un enfant, indiquez s'il est : Étudiant Handicapé
Est-il aux études à temps plein? Non Oui Dans l'affirmative, indiquez l'établissement scolaire : _____
Quand aura-t-il terminé ses études? (Jour _____ Mois _____ Année _____)
A-t-il un emploi à temps plein? Non Oui
A-t-il un emploi à temps partiel? Non Oui Combien d'heures travaille-t-il à temps partiel par semaine? _____
2. Des indemnités ou services dentaires sont-ils fournis par un autre régime collectif de soins dentaires ou autres?
 Non Oui Dans l'affirmative, indiquez ce qui suit : _____ N° de police : _____
Si ce régime est aussi auprès de L'Équitable^{MC}, veuillez indiquer le numéro d'identification du participant : _____
Souhaitez-vous que nous coordonnions les indemnités (traiter les deux demandes)? Non Oui Dans l'affirmative,
Signature du conjoint : _____ Date : (Jour _____ Mois _____ Année _____)
3. Un traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Non Oui Dans l'affirmative, donnez, séparément, la date de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.
a) Des indemnités ou services dentaires sont-ils fournis par un autre régime collectif de soins dentaires ou autres?
 Non Oui (par exemple, assurance scolaire, CSST, etc.)
4. Cette demande est-elle liée à un accident de véhicule motorisé? Non Oui
5. Dans le cas d'un dentier, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il de la mise en bouche initiale? Non Oui
Dans la négative, veuillez indiquer la date de la mise en bouche antérieure et la raison du remplacement.
6. Un traitement est-il requis pour des soins d'orthodontie? Non Oui



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE DENTAIRE

Autorisation et certification

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Les renseignements contenus dans cette réclamation que j'ai fournis de plein gré à l'Assurance vie Équitable, conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Équitable aux fins de traitement et de règlement des réclamations. Je comprends et consens à ce que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de la Compagnie, aux tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, à son réseau de répartition des ventes, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies d'assurance, à des organismes d'enquête, à des fournisseuses et fournisseurs de soins de santé, incluant, mais sans s'y limiter, aux pharmaciennes et pharmaciens, aux médecins et aux dentistes, ainsi qu'à toute autre personne ou partie que j'autorise.

Si j'effectue une demande pour ma conjointe ou mon conjoint, ou pour les personnes à ma charge, je certifie que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, ce consentement et cette autorisation sont aussi valides en ce qui a trait à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels aux mêmes fins. Je comprends que les demandes de réclamation effectuées en vertu du régime d'assurance collective sont soumises en mon nom à titre de membre du régime. Ainsi, j'autorise l'Assurance vie Équitable à échanger les renseignements liés à ces demandes de réclamation avec moi, ou toute autre personne agissant en mon nom, y compris ma conjointe ou mon conjoint, ou encore une personne à ma charge, lorsque jugé nécessaire aux fins de confirmation d'admissibilité, d'évaluation et de gestion de la réclamation.

Si vous soumettez vos réclamations en format électronique (pour de plus amples renseignements veuillez visiter le site web www.equitable.ca) :

Veuillez cliquer afin de confirmer votre acceptation des modalités ci-dessus;

OU

Si vous imprimez votre formulaire de réclamation pour la faire parvenir à l'Assurance vie Équitable que ce soit par courriel, par télécopieur ou par courrier, veuillez apposer votre signature pour confirmer votre acceptation des modalités ci-dessus :

Signature de la membre ou du membre du régime

Date

La falsification ou l'altération des documents de réclamation ou des reçus pourraient entraîner de graves conséquences juridiques.

Directives d'envoi du formulaire. Veuillez conserver une copie du formulaire et de vos reçus pour vos dossiers.

Envoi électronique : Veuillez visiter le site www.equitable.ca ou le site www.equitable.ca/fr et utilisez notre fonction en ligne sécuritaire et confidentielle ABCréclamationsÉquitableMC pour soumettre vos demandes de réclamation d'assurance santé et d'assurance dentaire.

Vous pouvez aussi numériser par balayage votre formulaire de réclamation et vos reçus puis faire parvenir le tout par courriel à reclamations-dentaire-assurance-collective@equitable.ca ou par télécopieur au 1 888 505-4373 en vous assurant d'inscrire votre numéro de contrat et de certificat à la ligne de mention de l'objet du courriel ou du bordereau de télécopie.

Envoi par courrier : Veuillez joindre tous les reçus originaux. Pour les réclamations ne concernant pas les médicaments, veuillez joindre une lettre explicative, l'ordonnance de la médecin ou du médecin, etc. Postez le formulaire dûment rempli et vos reçus au Service des réclamations d'assurance maladie à l'adresse ci-dessous. Prière de ne pas agraffer.

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada
Service des réclamations d'assurance dentaire, Assurance collective
One Westmount Road North
PO Box 1605 Str. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 0A8

Remarque : L'Assurance vie Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.