

<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	<b>D</b>	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.		
<b>A</b>	PRÉNOM	<b>E</b>	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 TOUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.		
<b>T</b>	ADRESSE	<b>I</b>	J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.		
<b>E</b>	APP.	<b>S</b>	SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR) _____		
<b>N</b>	VILLE	<b>T</b>	VÉRIFICATION		
<b>T</b>	PROV.	<b>E</b>	SIGNATURE DU PARTICIPANT _____		
<b>T</b>	CODE POSTAL	<b>E</b>	RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.		
TÉLÉPHONE		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.			
DUPLICATA <input type="checkbox"/>		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 TOUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.			
DUPLICATA <input type="checkbox"/>		J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.			

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 échangeons 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>                                  Service des indemnités de Montréal                                  Place Bonaventure                                  800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800                                  Montréal QC H5A 1B9                                  www.canadavie.com                             </div> </li> </ol> Pour les sourds et les malentendants : Numéro sans frais : 1 800 990-6654

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

<b>PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ</b>		
Régime n° _____	Division n° _____	Numéro d'identification de l'employé _____
Nom du régime _____		
Nom de l'employé _____		Date de naissance _____ / _____ / _____ <small>Jour      Mois      Année</small>
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 <a href="http://www.canadavie.com">www.canadavie.com</a> .		
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 _____

<b>PARTIE 3 – COORDINATION DES PRESTATIONS</b>	
1. Lien de parenté du patient avec l'employé : _____	2. Date de naissance du patient _____ / _____ / _____ <small>Jour      Mois      Année</small>
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus :	
a) Étudie-t-il à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      b) S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____	
c) Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : _____ / _____ / _____ <small>Jour      Mois      Année</small>	
6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.	