

RÉCLAMATION POUR SOINS DENTAIRES

Évaluation préalable Facture

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

IMPORTANT : S'il s'agit de soins dentaires accidentels, 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 prénom du patient		Date de naissance AAAA MM JJ	Lien de parenté avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Filles <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 : CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS. Signature du dentiste _____ Date : _____
Total des honoraires demandés :							

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 et numéro de groupe		Numéro de certificat ou numéro d'étudiant	
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - Numéro, rue, appartement		Ville	Province Code postal

Remplir seulement si vous réclamez des frais engagés pour vos enfants à charge de 21 ans ou plus. 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.

Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle : <input type="checkbox"/>	Déf. fonct. <input type="checkbox"/>	AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	Nom de l'établissement scolaire
Étudiant à t. plein : Du		Au		

COORDINATION DES PRESTATIONS

À remplir par l'adhérent. Vous DEVEZ REMPLIR la présente section si votre demande de prestations vous concerne ou qu'elle concerne votre conjoint ou votre enfant et que votre conjoint est assuré en vertu d'un autre contrat qui comporte une garantie d'assurance des frais dentaires.

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

* Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).

ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

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, connectez-vous à votre site sécurisé à l'adresse desjardinsassurancevie.com/adherent.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Joignez les originaux de vos factures à la présente et conservez des copies pour vos dossiers. Ces originaux ne vous seront pas retournés. Votre bordereau explicatif et les copies de vos factures seront suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- Les demandes de prestations DOIVENT être soumises au cours des 90 jours suivant la fin de l'année de la police pendant laquelle les frais ont été engagés ou des 90 jours suivant la fin de l'assurance, si cette date est antérieure.
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site aseq.ca.

CESSION DE PRESTATIONS

Si les prestations payables doivent être cédées à un dentiste, veuillez remplir cette section pour chaque demande de prestations.

Je reconnais que certains des frais indiqués dans la présente demande de prestations peuvent ne pas être couverts par l'assureur ou qu'ils peuvent être supérieurs au maximum auquel j'ai droit. Je reconnais également que je suis responsable du paiement de ces frais. Je cède par la présente mes prestations payables au dentiste indiqué ci-dessus et j'autorise l'assureur à lui verser directement ces prestations.

Signature de l'adhérent :

Date :

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. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. 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 :

- 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;
- 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;
- 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.

J'autorise également Desjardins Assurances à communiquer l'information relative à cette demande de prestations à l'ASEQ aux fins de l'administration des garanties. 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 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 accidentels. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.

Veuillez retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6