

4 Coordination des prestations

Indiquer dans cette section si votre conjoint ou les enfants à charge sont couverts par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires.

Le conjoint ou les enfants à charge sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires?
 Non Oui ➔ Date de naissance du conjoint : _____
jour mois année

Dans l'affirmative :

- Les demandes de règlement de frais engagés par votre conjoint doivent être présentées en premier lieu au titre du régime du conjoint.
- Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées en premier lieu au titre de la couverture de la personne (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.

Si votre conjoint est couvert par un régime dont nous sommes l'émetteur :

Numéro du contrat : _____ Numéro de participant : _____

Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)? Non Oui ➔

Dans l'affirmative, signature du conjoint : _____ Date : _____
jour mois année

5 Renseignements sur la demande de règlement

Si le coût du traitement recommandé dépasse le montant des frais planchers prévus par votre régime pour la détermination préalable des prestations, vous devez faire parvenir une estimation à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Pour déterminer si le traitement sera remboursé, demandez à votre dentiste de remplir un formulaire de détermination préalable des prestations (ces formulaires sont fournis par le dentiste).

1. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident? Non Oui ➔ Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Date et lieu de l'accident : _____ jour mois année
/ / Au travail À la maison Ailleurs

Circonstances de l'accident : _____

Certains des frais ont-ils été engagés en raison d'une maladie ou blessure couverte par un programme d'indemnisation des accidents de travail? Non Oui

2. Orthodontie S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? Non Oui Implants ? Non Oui

3. Couronnes, ponts et prothèses amovibles S'agit-il de la mise en place initiale? Non Oui

Dans la négative :

- Date de la mise en place précédente : _____ jour mois année
/ /
- Raison du remplacement : _____

Dans l'affirmative :

- Date d'extraction des dents en vue de la mise en place d'une prothèse amovible ou d'un pont : _____ jour mois année
/ /

Pour faciliter l'examen de votre demande, veuillez y joindre :

- les radiographies prises avant le traitement (pour les couronnes, ponts, facettes, incrustations);
- la liste de toutes les dents manquantes (pour les ponts seulement).

6 Autorisation et signature

Vous devez remplir cette section.

Les demandes de règlement frauduleuses coûtent très cher à tous les participants de programmes de garanties collectives. En qualité de gestionnaire de ce régime, nous pouvons vérifier si les renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement sont exacts.

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même ou par les personnes à ma charge. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant. J'atteste que les renseignements qui figurent dans la présente demande de règlement sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime et à les échanger avec toute personne ou organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui me concernent relativement à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date jour mois année
/ /

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, au Bureau des règlements maladie votre région :

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au dossier d'information sur les garanties ou visiter notre site internet.

www.sunlife.ca

RÉGION DE L'EST
Région de l'Atlantique, du Québec et de l'Est de l'Ontario

CP 6076 Succ CV
 Montréal QC H3C 4S3

1 800 363-0636

RÉGION DU CENTRE
Ontario (à l'exception de l'Est de l'Ontario)

CP 4023 Succ A
 Toronto ON M5W 2P7

(416) 753-4300
 1 800 361-6212

RÉGION DE L'OUEST
Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon

CP 2880 Succ Main
 Edmonton AB T5J 4S6

1 800 661-7334