FORMULAIRE STANDARD POUR SOINS DENTAIRES



Appr	ouvé	par l'A	ssociation dentaire	canadien	ine										
1 ^{re} PARTIE - DENTISTE							Nº UNI	QUE	SPEC.	Nº DE DO	SSIER DU PA	TIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT		
Р	P NOM PRÉNOM												VERSÉES DIRECTEMENT.		
A T		25005					E N T								
i	ADI	RESSE													
E N T	VILI	LE	PR	OV.	CODE P	OSTALE	S T	I° DE TÉLÉI	DUONE				SIGNATURE DU PARTICIPANT		
<u> </u>	RVÉ AL	J DENTIS	TE POUR RENSEIGNEM	ENTS COMPL	ÉMENTAIRES SUR L	E DIAGNOSTI				T QUE LES FRAI	S INDIQUÉS SI	JR CETTE DEM	 ANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUTRES		
CON		ΓIONS P#	RTICULIÈRES					DENTISTE SOIT REMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGÉS À L'ASSUREUR OU LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LACOUVERTURE D AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.					ISENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS : OU L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT		
	OU TRAI		<u> </u>	CODE				1							
\vdash	1	ANNÉE	CODE DU PROCÉDÉ	DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORA DU DENT	AIRES TISTE	FRAIS LABORA	S DE ATOIRE	TOTAL DES	FRAIS				
⊢													is sont d'au moins 300\$, nous vous recommandons		
								+					imettre votre demande pour nous permettre de iner les prestations à l'avance. Pour les couronnes		
												ou pont	s, veuillez joindre les radiographies pertinentes.		
_												Celles-d	ci seront retournées à votre dentiste dans les plus		
												bi cio de	nuio.		
	PÉSEN	TE EST	UN RELEVÉ EXACT DE	S SOINS DE	UDIIS ET DES				I						
			ÉMANDÉS, SAUF ERRE			OTAL DES	SHONG	DRAIRES I	DEMANDE	S					
2	₽Δ	RTIF	- ASSURÉ/I	PARTIC	CIPANT					IE AVANT DE	≣				
										DENTISTE					
Police Collective N°Division N° Employeur															
Ce	ertificat	Nº						N	om du part	icipant					
l Pa	itient: I	ien de ı	parenté avec le parti	cipant			_ Date d	le naissance	e						
Si	s'agit	du con	joint ou d'un enfant,	travaille-t-il	? Non □ Oui										
			nt à votre charge? 1 ans ou plus: Étudi		Oui □ Handicapé □										
	,	_	r le nom de l'établiss												
			ires sont-ils couverts ntaire? Non □ (
		l'assure		Jui □ - IN	umero de police										
Da	ns l'af	firmativ	e, veuillez donner: la		,										
l D:	ns le d	as d'u	la ne prothèse, d'une co		aissance du parti		re nose	2 Non □	Oui 🗆		Indiquer la da	ate de la nose	précédente et la raison du remplacement.		
			st-il rendu nécessaire						.			ate et préciser			
Es	t-ce qu	u-il y a (des soins orthodontion	ques? No	on □ Oui □						Demande d'i	ndemnités soi	umise à la C.S.S.T.? Non □ Oui □		
Je	certifie	e que le	es déclarations ci-des	ssus sont c	omplètes et vérid	liques et qu	ue tous l	es reçus ne	e représent	ent aucune dup	plication de fr	ais déjà soum	is.		
J'á	autorise	e :													
1	I a di	vulgatio	on de tout renseian	ement et d	ou de tout dossie	er relié à la	nréser	nte deman	de de rèal	ement à l'Fm	nire Compa	ıanie d'Assur	ance-Vie (L'Empire Vie), à ses agents,		
	repré L'Em dema	sentan pire Vie andes	ts et ou consultants e à divulguer au titu	s, ainsi que laire de po lyées à m	e la cueillette et olice et/ou au ge on nom ou à ce	la révision estionnaire elui de mes	de ces ou age s perso	renseigne ent attitré to nnes à cha	ements (au out renseig arge admi	ı besoin) dans ınement collec	s le but de ré ctif statistiqu	eviser, d'évalu e pouvant co	uer et de traiter cette demande de règlement; importer des renseignements relatifs à des ques relatifs à l'état de santé) aux fins de		
3.	L'Emp	oire Vie	à rembourser l'assu	ré participa	ant au régime dire	ectement po	our la pr	ésente dem	nande de rè	eglement.					
Je de	comp s rens	rends seigner		andes de es deman	règlement soum des de règleme	nises en ve nt avec l'as	ertu de o ssuré p	ce régime o articipant a	au régime				pant au régime. L'Empire Vie peut partager on nom (le cas échéant) dans le but de		
Da	ate						Si	gnature du	requérant	t					

Pour obtenir le paiement rapide de votre demande de règlement, avez-vous...

Rempli et signé votre formulaire de demande de règlement? Inscrit votre adresse actuelle exacte ainsi que votre code postal? Inclus une copie du document d'explication des garanties de l'autre compagnie d'assurance si la coordination des prestations s'applique?

Si vous cédez le paiement de votre réclamation directement à votre dentiste, veuillez vous assurer de remplir la partie du formulaire de réclamation de frais dentaires prévue à cet effet.

L'Empire Vie se réserve le droit d'exiger des renseignements complémentaires dans le but d'évaluer la présente demande de règlement et/ou d'autres demandes futures.

Les demandes de règlement soumises plus de 365 jours après la date à laquelle les services ont été reçus ou plus de 90 jours après l'expiration de la protection seront refusées en raison de délais de soumission trop longs.

Une fois dûment rempli, veuillez faire parvenir votre formulaire de demande de règlement à l'adresse suivante :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie Service des règlements santé, Assurance collective 259, rue King Est Kingston ON K7L 3A8

Le paiement de votre demande sera envoyé à l'adresse indiquée sur votre formulaire de demande de règlement.

Tout renseignement manquant ou incorrect cause des délais inévitables du paiement de la demande de règlement.

Profitez des avantages qu'offre le paiement par dépôt automatique à votre compte bancaire par le TEF (Transfert électronique de fonds).

Pour recevoir le paiement de vos demandes de règlement de frais dentaires de cette façon, il vous suffit de joindre un chèque annulé à votre formulaire de réclamation.

Fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est un geste ou une omission intentionnelle visant à obtenir illégalement une prestation d'assurance.

Les demandes de réclamation frauduleuses augmentent le coût de votre assurance collective.

Service à la clientèle de la collective 1-800-267-0215

