canada vie MC

RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS

UNE FOIS REMPLI, LE FORMULAIRE PASSE À LA CATÉGORIE « PROTÉGÉ B ».

LE PRÉSENT DOCUMENT EST : ☐ Une demande de règlement ☐ Un plan de traitement / une estimation

Partie 1 – Directives

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter à la Canada Vie votre demande de règlement ou votre plan de traitement au titre de la protection des prestations dentaires.

1. Faites remplir la partie 2 par votre fournisseur dentaire.
2. Remplissez au complet les parties 3 à 8.
3. Envoyez le formulaire à l'adresse appropriée de la Canada Vie. Voir la partie 9.

Toutes les demandes de règlement au titre du Régime de services dentaires pour les pensionnés (RSDP) doivent être soumises par vous. Il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à votre fournisseur de services et/ou à une personne agissant en votre nom, au besoin, aux fins de la vérification et de la gestion des demandes de règlement.

Partie 2 – Fournisseur dentaire

PATIENT

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE		Nº UNIQUE	SPÉC.	Nº DU DOSSIER DU PATIENT
ADRESSE		APP.			
VILLE	PROV./TERR./PAYS	CODE POSTAL			

FOURNISSEUR

Nº DE TÉLÉPHONE

JE CÈDE AU FOURNISSEUR NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES À L'ÉGARD DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET J'AUTORISE À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME

RÉSERVÉ AU FOURNISSEUR POUR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES DENTAIRES OU LES AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

JE COMPRENDS QUE LES FRAIS INDIQUÉS DANS CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT POURRAIENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR MA PROTECTION DES PRESTATIONS DENTAIRES OU N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE.
JE COMPRENDS QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE ENVERS MON FOURNISSEUR POUR L'ENSEMBLE DU TRAITEMENT.
JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES FRAIS S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SERVICES REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOIENT DIVULGUÉS À MON ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU PATIENT (PARENT OU TUTEUR)

DUPLICATA ☐

VÉRIFICATION DU BUREAU OU SIGNATURE DU FOURNISSEUR

DATE DES SERVICES JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE D'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DENTAIRES	FRAIS DENTAIRES	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS FACTURÉS

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

TOTAL DES FRAIS SOUMIS

Partie 3 – Renseignements sur le membre du régime - Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro de régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du RSDP, le site web des Services aux membres du RSDP de la Canada Vie ou la partie 9 du présent formulaire pour obtenir nos coordonnées.

Nom du régime
Régime de services dentaires pour les pensionnés

Numéro de régime

Numéro de certificat du membre du régime

Nom du membre du régime

Prénom

Nom de famille

Adresse du membre du régime

Numéro et rue

Ville/village

Province/territoire/état

Code postal/Zip

Pays

Date de naissance

Jour

Mois

Année

M445D(RSDP)(f)-10/24

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS

UNE FOIS REMPLI, LE FORMULAIRE PASSE À LA CATÉGORIE « PROTÉGÉ B ».

Partie 4 – Renseignements sur le patient - Remplissez cette section pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient		Lien entre le patient et le membre du régime			Date de naissance du patient			Si l'enfant à charge admissible est âgé de 21 à 25 ans, étudie-t-il à temps plein?	
Prénom	Nom de famille	Moi-même	Partenaire en mariage ou partenaire de fait	Enfant à charge admissible	Jour	Mois	Année	Oui	Non
		☐	☐	☐				☐	☐
		☐	☐	☐				☐	☐
		☐	☐	☐				☐	☐
		☐	☐	☐				☐	☐

Partie 5 – Coordination des prestations - Remplissez cette partie pour indiquer si le patient bénéficie d'une protection des prestations dentaires au titre d'un autre régime.

1. Le patient a-t-il droit à une autre assurance dentaire pour les frais présentés au titre de la demande de règlement? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. À qui appartient l'autre régime d'assurance? ☐ Moi-même ☐ Partenaire en mariage ou partenaire de fait ☐ Enfant à charge admissible

   Prénom _____ Nom de famille _____

3. Si l'autre régime appartient à votre partenaire en mariage ou partenaire de fait et que le patient est un enfant à charge admissible, veuillez fournir la date de naissance de votre partenaire en mariage ou partenaire de fait. Jour _____ Mois _____

4. Est-ce que l'autre régime d'assurance est également offert par la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, précisez : Numéro de régime _____ Numéro de certificat _____

   Signature d'autorisation du membre protégé par l'autre régime d'assurance : X _____

* Si l'autre régime d'assurance n'est pas offert par la Canada Vie et que vous avez soumis les frais à l'autre assureur, veuillez joindre à la présente demande de règlement l'explication des prestations (EDP) fournie par l'autre assureur. Une EDP est requise même si l'autre assureur n'a pas versé de prestations.

** Nous évaluons les demandes de règlement en utilisant les renseignements que vous avez fournis pendant le processus d'adhésion préalable; toute divergence pourrait retarder notre évaluation de votre demande de règlement.

Partie 6 – Renseignements sur votre demande de règlement - Remplissez cette section pour nous fournir des renseignements supplémentaires sur votre demande de règlement.

1. (a) Le traitement est-il requis à la suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non

   (b) Si oui, précisez la date, Jour _____ Mois _____ Année _____ et le lieu _____

   Circonstances ou type de blessure _____

   (c) Si vous êtes protégé au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSDFP), veuillez nous fournir une copie de l'explication des prestations.

2. (a) La demande de règlement est-elle présentée pour une prothèse, une couronne ou un pont? ☐ Oui ☐ Non

   (b) S'agit-il d'une mise en place initiale? ☐ Oui ☐ Non

   (c) Si oui, veuillez fournir des radiographies prises avant le traitement pour une couronne ou un pont.

   (d) Si non, veuillez indiquer la date de la dernière mise en place et la raison du remplacement. Jour _____ Mois _____ Année _____

   _____

3. (a) Le traitement est-il requis à des fins d'orthodontie? ☐ Oui ☐ Non

   (b) Si oui, veuillez indiquer la date de la mise en place initiale de l'appareil. Jour _____ Mois _____ Année _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS

UNE FOIS REMPLI, LE FORMULAIRE PASSE À LA CATÉGORIE « PROTÉGÉ B ».

Partie 7 – Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à évaluer votre demande de règlement et à administrer le régime collectif. Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSDP (https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/sujets/regimes-assurance/regimes/regime-services-dentaire-pensionnes/ressources/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-services-dentaires-pensionnes.html) pour obtenir de plus ample renseignement sur la façon dont votre vie privée est préservée. En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels (//laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSDP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. 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 fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez canadavie.com.

Partie 8 – Confirmation, autorisation et signature

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du RSSFP fédérale (pour le RSSFP uniquement), le ou les Conseils de gestion du Régime de soins dentaires (pour le RSDFP et/ou le RSDP, selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie), 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 fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'extérieur du Canada, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'extérieur du Canada.

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.

Conformément à l'Autorisations et déclarations de l'adhésion préalable (bienvenue.canadavie.com/rsdp/adhesion-prealable/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptés lors de l'adhésion préalable (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous à votre dossier d'adhésion préalable), j'accepte la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans le ou les Énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie).

Aux fins de révision ou d'audit, ou dans le cas de paiements en trop ou paiements erronés que je n'ai pas remboursés à la Canada Vie, j'accepte que la Canada Vie divulgue les renseignements personnels liés à ces paiements au promoteur du régime, au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, à l'Administration du RSSFP fédérale (pour le RSSFP uniquement) et à tout Conseil de gestion du Régime de soins dentaires (pour le RSDFP et/ou le RSDP, selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie). Le promoteur du régime / Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les surpaiements et/ou les paiements erronés ainsi que les intérêts correspondants (s'il y a lieu) soient retenus des sommes que Sa Majesté me doit, le cas échéant, ou déduits de ces sommes. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont véridiques, exacts et complets.

J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon partenaire en mariage, mon partenaire de fait et/ou mes personnes à charge; et que mon partenaire en mariage, mon partenaire de fait et/ou mes personnes à charge sont admissibles au titre de mon régime. La présentation de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses. Les demandes de règlement présumées frauduleuses pourraient être signalées à votre employeur ou à votre promoteur du régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

Signature du membre du régime X _____ **Date** Jour | Mois | Année

Partie 9 – Présentation de votre demande de règlement

Veuillez envoyer votre demande de règlement à la Canada Vie.

EN LIGNE

canadavie.com/rsdp

Ouvrez une session dans votre compte du site web des Services aux membres du RDSP pour soumettre vos demandes de règlement et vos traitements de plan.

Des questions ? Appelez la Canada Vie :
Amérique du Nord (sans frais) : 1 855 415-4414
International (à frais virés) : 1 431 489-4064

PAR LA POSTE

Service des indemnités de Montréal
CP 4592 Succursale A
Toronto ON M5W 0L5

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications ?
Veuillez communiquer avec nous :
Ligne ATS vers téléphoniste : 711 • Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

AVEZ-VOUS REMPLI TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Effacer

M445D(RSDP)(f)-10/24

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.