

## RÉCLAMATION POUR SOINS DENTAIRES

### A RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

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

### B RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

Évaluation préalable  Facture

**IMPORTANT** : S'il s'agit de soins dentaires à la suite d'un accident, veuillez vous référer à la section I. 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"/> Fille <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 :      <b>CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS.</b> Signature du dentiste : _____ Date : _____		
Total des honoraires demandés :									

### C CESSION DE REMBOURSEMENT

Je cède le remboursement payable en vertu de la présente réclamation au dentiste dénommé ci-dessus et j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, à payer le dentiste directement.

Signature de l'adhérent :

Date :

### D RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT – À remplir par l'adhérent. Si vous ne connaissez pas l'information demandée, veuillez cliquer sur ?

Nom du groupe et n° de groupe ou n° de contrat		N° de certificat ou n° d'étudiant	
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse – N°, 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.

Atteint d'une déficience fonctionnelle

Étudiant à temps plein – Nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Période : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

### E COORDINATION DES PRESTATIONS À remplir par l'adhérent. Vous devez remplir cette section si la réclamation 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 couverture pour les soins dentaires.

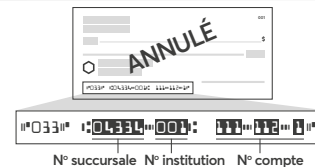
Nom et prénom du détenteur de l'autre assurance		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Desjardins Assurances – N° de contrat :		Période de couverture AAAA MM JJ Du _____ Au _____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

- Les réclamations doivent être soumises au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.
- Veuillez signer la section H et retourner le formulaire à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site [studentcare.ca](http://studentcare.ca).

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.**

## F ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT – Joignez un spécimen de chèque ou inscrivez vos informations bancaires pour être inscrit au dépôt direct.

N° de succursale/transit	N° d'institution	N° de compte
Votre adresse courriel ( <u>obligatoire</u> )		



Une fois inscrit, vos remboursements d'assurance soins de santé seront déposés dans ce compte bancaire. Vous recevrez des notifications par courriel pour vous informer du traitement de vos réclamations et vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste. L'inscription au site sécurisé est obligatoire pour consulter les bordereaux. Pour vous inscrire, visitez [desjardinsassurancevie.com/adherent](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

Il est de votre responsabilité de vous assurer que les coordonnées bancaires que vous inscrivez sont exactes et de vérifier que les sommes dues y sont bien déposées. Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité à cet égard.

## G 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.

## H 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 du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances : a) 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; b) 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; c) 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. 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.

J'autorise également Desjardins Assurances à communiquer l'information relative à cette réclamation à Studentcare 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 :

## I SOINS DENTAIRES 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 à la suite d'un accident. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.**

**Veillez signer la section H et retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6**