iA Groupe financier

RÉCLAMATION
Soins dentaires

ASSURANCE COLLECTIVE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Imprimer

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom)

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les actes ou pour des considérations particulières :

☐ Duplicata ☐ Prédétermination

Dentiste (nom et prénom/adresse/nº de téléphone)

Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette réclamation au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

Signature du souscripteur

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette réclamation et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ $, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Signature du participant _____

Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

DATE (AAAA-MM-JJ)	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
					Total des frais soumis	

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nº de police _____ Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

Nº de certificat _____ Date de naissance AAAA MM JJ Sexe : ☐ M ☐ F Langue : ☐ Fr. ☐ Angl.

Coordination des prestations

Note importante :

- *Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins dentaires, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.*
- *Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.*

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective?

☐ **Non** ☐ **Oui, préciser :**

Nom de la compagnie d'assurance _____ Nº de police _____ Protection : ☐ Individuelle ☐ Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance AAAA MM JJ

Page suivante >>

1. Si les frais engagés le sont pour une personne à charge, donner les renseignements suivants :

Nom de la personne à charge _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance AAAA MM JJ

Enfant de 18 ans et plus : ☐ Handicapé ☐ Étudiant à temps plein Nom de l'établissement d'enseignement _____

2. Si la réclamation résulte d'un accident, préciser et remplir le formulaire *Réclamation soins dentaires en cas d'accident* (F54-267) :

☐ Accident au travail ☐ Accident d'automobile ☐ Autre

3. Est-ce que des traitements à des fins orthodontiques sont prévus?

☐ Oui ☐ Non

4. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il d'une première pose?

☐ Oui (veuillez fournir les radiographies prises avant le traitement.)

☐ Non (précisez la date de la pose précédente et la nécessité du remplacement) : AAAA MM JJ

_____

_____

5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle?

☐ Oui (précisez la date de la dernière pose et la nécessité du remplacement) : AAAA MM JJ

_____

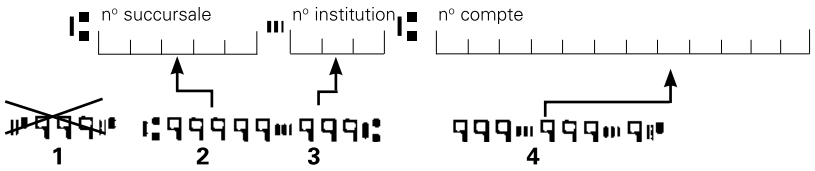
_____

☐ Non

PARTIE 3 : DÉPÔT DIRECT ET NOTIFICATION

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations
À remplir uniquement pour adhérer au dépôt direct ou pour mettre à jour vos renseignements.

Informations bancaires pour le dépôt direct :



1. Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
2. Numéro de la succursale (5 chiffres).
3. Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
4. Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : _____ ☐ Personnel ☐ Travail

⚠ **Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.**

☐ Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client (ia.ca/moncompte), notre site Web sécurisé.

Page suivante >>

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette réclamation est véridique et complète.

Si cette réclamation est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

J'AUTORISE l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies ci-dessus, tout montant payable à la suite d'une réclamation de soins de santé ou dentaires en vertu de mon régime d'assurance collective.

JE CONSENS à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier.

JE COMPRENDS que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées.

JE COMPRENDS également que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

De plus, **JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** que, si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'omets d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la réclamation; et

(2) **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la réclamation.

(3) **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, iA Groupe financier aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date AAAA MM JJ

Adresse _____ Code postal

Téléphone (domicile) Téléphone (travail) Poste

Imprimer

Retour à la page 1