

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ASSURANCE COLLECTIVE**

**DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES – CGS**

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

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

**PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE**

Patient (nom et prénom) _____	Dentiste (nom et prénom / adresse / n° de téléphone) _____ _____ _____	Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette demande de règlement au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.
Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les procédés ou l'ajout de considérations particulières : _____	Signature du souscripteur _____	
Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette demande de règlement 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) _____		

Duplicata  Prédétermination

**Traitements et services prodigués au patient**

DATE DE SERVICE			CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	CGS*
A	M	J							
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>
								\$	<input type="checkbox"/>

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

**Total**   \$

**PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

Nom du titulaire de la police \_\_\_\_\_ N° de police  

Nom du participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N° de certificat \_\_\_\_\_ Date de naissance   A   M   J 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, s'il y a lieu, êtes couverts par un autre régime d'assurance collective?**

Non  Oui Si oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_ Protection :  Individuelle  Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance   A   M   J

**\* Compte de gestion santé (CGS)**

Souhaitez-vous que toute portion non couverte en vertu de votre régime d'assurance collective soit portée à votre CGS?  Oui  Non

Si oui, veuillez cocher la case sous la colonne CGS dans la partie 1 ci-dessus correspondant au frais dont la portion non couverte doit être portée à votre CGS.

Tous les frais dentaires non couverts par votre régime d'assurance collective peuvent être portés à votre CGS.

Note – Si la personne assurée pour laquelle vous faites une demande de règlement bénéficie d'une protection en vertu d'un autre régime, vous devez d'abord soumettre les frais à l'autre assureur avant d'utiliser votre CGS.

1. Nom du patient \_\_\_\_\_ Prénom du patient \_\_\_\_\_  
 Lien avec le participant \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A			M			J			

  
 Enfant de 18 ans et plus :  Handicapé  Étudiant à temps plein Si étudiant à temps plein, préciser :  
 Nom de l'établissement d'enseignement \_\_\_\_\_
2. Si la demande de règlement résulte d'un accident, préciser :  Accident au travail  Accident d'automobile  Autre  
 et remplir le formulaire *Demande de règlement soins dentaires en cas d'accident (F54-267)*.
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  Non SI OUI, bien vouloir  
 fournir les radiographies d'avant le traitement.  
 SI NON, préciser la date de la pose précédente 

A			M			J			

 et la nécessité du remplacement : \_\_\_\_\_
5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle?  Oui  Non  
 SI OUI, préciser la date de la dernière pose 

A			M			J			

 et la nécessité du remplacement : \_\_\_\_\_

## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

**JE CONFIRME** par les présentes,

- qu'à ma connaissance l'information contenue dans la présente demande de règlement est complète et exacte;
- que les personnes à charge pour lesquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom de celles-ci, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à leur sujet en rapport avec la demande de règlement; et
- que si la demande est effectuée en vertu de mon compte de gestion santé
  - les frais ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de l'assurance collective de l'Industrielle Alliance ou de tout autre régime;
  - les frais pour lesquels la demande est soumise sont admissibles à un remboursement en vertu de mon compte de gestion santé;
  - que je comprends que tous les frais pour lesquels j'obtiens un remboursement en vertu de mon compte de gestion santé ne peuvent être présentés pour remboursement à des fins fiscales et que, advenant que le remboursement de ces frais ait également des conséquences fiscales, je suis tenu de payer les impôts exigibles.

Au nom des mes personnes à charge et en mon propre nom,

- JE CONSENS À** ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande; et
- J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel, tout organisme médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs toute information relative aux frais dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la demande de règlement.
- JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, l'Industrielle Alliance aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement 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'AUTORISE** l'Industrielle Alliance à divulguer à mon employeur/titulaire de la police le solde de mon compte de gestion santé lorsque cela est nécessaire à la gestion et au financement de ce dernier.

**J'AUTORISE** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro d'identification, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

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

Signature du participant **X** \_\_\_\_\_ Date 

A			M			J			

  
 Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Tél. (domicile) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. (bureau) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Poste 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## VOTRE COMPTE DE GESTION SANTÉ

### INFORMATION ADDITIONNELLE

#### Quels sont les frais couverts?

- Les frais qui sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu sont couverts. Ces frais peuvent comprendre, s'il y a lieu, des frais non couverts par votre police d'assurance maladie ou soins dentaires collective de l'Industrielle Alliance.
- Les frais qui ont été remboursés (ou qui sont couverts) par tout autre régime (incluant les régimes individuels et gouvernemental) ne sont pas admissibles à un remboursement.

#### Présentation d'une demande de règlement

- Le compte de gestion santé doit être utilisé uniquement pour des frais non couverts, en tout ou en partie, par tout autre régime. Par conséquent, lors de la présentation d'une demande de règlement :
  - pour les frais dont une partie est couverte par la police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, vous devez présenter la demande de règlement à l'Assurance collective de l'Industrielle Alliance en même temps qu'à votre compte de gestion santé; ou
  - pour les frais dont une partie est couverte en vertu d'un régime autre que celui de la police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, vous devez présenter tout d'abord la demande de règlement à ce régime. Après le versement de la prestation en vertu de ce régime, vous devez alors présenter la partie non remboursée de la demande de règlement afin que celle-ci soit remboursée en vertu de votre compte de gestion santé.
- Tout reçu (copie ou original) présenté lors d'une demande de règlement doit inclure l'information suivante :
  - Nom du demandeur;
  - Nature du traitement ou type de traitement dentaire (ex. : code du procédé)
  - Nom du dentiste traitant
  - Date à laquelle les frais ont été engagés; et
  - Le montant payé.

Avant de présenter une demande de règlement, assurez-vous d'avoir dûment rempli et signé tous les formulaires.  
 Les formulaires incomplets retarderont le traitement de votre demande.