



approuvée par l'Association dentaire canadienne

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

## 1 À remplir par le dentiste

P A T I E N T	Nom	Prénom	N° unique	Spéc.	N° de dossier du patient	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 versées directement.  Signature du participant		
	Adresse		D E N T I S T E	Téléphone :				
	Ville	Prov.		Code postal				
Réservé au dentiste - Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.			Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à \$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou au gestionnaire du régime.  Signature de l'étudiant ( <b>obligatoire</b> )					
Duplicata <input type="checkbox"/>			Vérification/Signature du dentiste					
Date du traitement		Code du procédé	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	<b>Réservé au gestionnaire du régime</b>
jour	mois	année						
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.					<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>			

## 2 À remplir par l'étudiant assuré

Vous devez remplir cette section.

### Renseignements sur l'étudiant assuré

Numéro de contrat <b>56961</b>	Numéro d'étudiant	Nom du groupe <b>AÉUM / AÉCM / AEEDTC (SSMU / MCSS / PGSS) Régime dentaire</b>	
Nom		Prénom	Date de naissance (j/m/a) <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)			Ville
Province	Code postal	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone ( )

## 3 Conjoint et enfants inclus dans la présente demande

Section à remplir si vous faites la demande pour votre conjoint ou un enfant à charge.

Nom et prénom du conjoint		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (j/m/a)				
Nom de l'enfant	Lien avec vous		Date de naissance			Handicapé	Étudiant à temps plein
	Fils	Fille	jour	mois	année		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4 Coordination des prestations

Indiquer dans cette section si votre conjoint ou les enfants à charge sont couverts par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires.

Le conjoint ou les enfants à charge sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par un autre régime ou contrat de remboursement de frais dentaires?	
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> ►
Date de naissance du conjoint (j/m/a) : _____	
Dans l'affirmative :	
• Les demandes de règlement de frais engagés par votre conjoint doivent être présentées en premier lieu au titre du régime du conjoint.	
• Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées en premier lieu au titre de la couverture de la personne (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.	
Si votre conjoint est couvert par un régime dont nous sommes l'émetteur :	
Numéro du contrat : _____	Numéro du participant : _____
Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)?	
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> ►
Dans l'affirmative, signature du conjoint : X	
Date (j/m/a) : _____	

## 5 Renseignements sur la demande de règlement

Si le coût du traitement recommandé dépasse le montant des frais planchers prévus par votre régime pour la détermination préalable des prestations, vous devez faire parvenir une estimation à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Pour déterminer si le traitement sera remboursé, demandez à votre dentiste de remplir un formulaire de détermination préalable des prestations (ces formulaires sont fournis par le dentiste).

1. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident? Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> ►	Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :	
Date et lieu de l'accident (j/m/a) : _____		Au travail <input type="checkbox"/>	À la maison <input type="checkbox"/>	Ailleurs <input type="checkbox"/>
Circonstances de l'accident : _____				
Certains des frais ont-ils été engagés en raison d'une maladie ou blessure couverte par un programme d'indemnisation des accidents du travail? Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> ►		

## 6 Autorisation et signature – vous devez remplir cette section

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, et, le cas échéant, par mon conjoint et/ou par les personnes à ma charge. J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime.

Si la demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement. J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement aux demandes de règlement présentées, aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant, et de la gestion de mon programme de garanties collectives.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à utiliser et à échanger les renseignements me concernant, et, le cas échéant, concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, avec tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance. Je reconnais également que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou réelle et/ou abus des garanties en ce qui touche la présente demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life peut enquêter à ce sujet, et que les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui ont trait à la présente demande de règlement peuvent être communiqués à tout organisme pertinent, y compris les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles médicaux et les autres compagnies d'assurance, et au besoin, au promoteur du régime, et peuvent être utilisés par ceux-ci, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements relatifs à la présente demande de règlement soient échangés à cette fin, avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer les renseignements concernant la présente demande de règlement à l'ASÉQ aux fins de la gestion des garanties.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de la gestion du régime.

Toute référence à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou au promoteur comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

Signature de l'étudiant assuré (obligatoire)	Date (j/m/a)
X	

### **Protection des renseignements personnels**

Nous avons à cœur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

#### **Important :**

Toutes les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie dans les 90 jours suivant la fin de l'année du contrat au cours de laquelle les frais ont été engagés ou la date à laquelle votre couverture a pris fin, si cette date est antérieure. Pour de plus amples renseignements, reportez-vous à votre brochure ou communiquez avec l'Alliance pour la santé étudiante au Québec (ASÉQ). Si vous suivez un programme qui comprend une série de traitements qui s'échelonnent sur une longue période, vous devriez remplir périodiquement une demande de règlement et indiquer sur le formulaire que la demande s'inscrit dans le cadre d'un programme de traitement continu.

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, visitez le site [www.ihaveaplan.ca](http://www.ihaveaplan.ca)

**Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :**

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Bureau des règlements maladie  
CP 11805 Succ CV  
Montréal QC H3C 0H3**

**Veillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.**