

Demande de règlement – Régime de services dentaires pour les pensionnés (RSDP)



approuvée par l'Association dentaire canadienne

PROTÉGÉ une fois rempli

- Le RSDP est administré par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
- Veuillez fournir tous les renseignements demandés et écrire lisiblement en caractères d'imprimerie
- Si vous participez également au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) et voulez que nous procédions à la coordination des prestations prévues par les deux régimes pour les soins dentaires :
 - dans les cas de **chirurgie buccale**, veuillez remplir et signer un formulaire de demande de règlement se rapportant au RSDP et un autre se rapportant au RSSFP, et expédier ces deux formulaires ensemble à notre Bureau des règlements de frais dentaires (voir au verso)
 - dans les cas de **blessure accidentelle**, veuillez remplir et signer un formulaire de demande de règlement se rapportant au RSSFP et un autre se rapportant au RSDP, et expédier ces deux formulaires ensemble à notre Bureau des règlements Groupe

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			
	Ville	Prov.		Code postal		
				Téléphone :		

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 du patient, des parents ou du tuteur
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	Réservé au gestionnaire du régime
jour	mois	année							

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

2 À remplir par le participant

Renseignements sur le participant

Contrat n° 25555		N° de certificat		Langue préférée <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Nom		Prénom		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau		Ville	
				Province	
				Code postal	

Membre de la famille inclus dans la présente demande

Nom du conjoint ou du conjoint de fait		Prénom du conjoint ou du conjoint de fait		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Nom de l'enfant non marié		Lien avec vous <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
				Si l'enfant a 21 ans ou plus, indiquez en cochant ci-dessous s'il est : <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein	

3 Renseignements sur la demande de règlement

1. Demande de règlement de soins de restauration majeurs ou de prosthodontie (ex. : couronnes, incrustations en profondeur, ponts, prothèses amovibles, etc.)

S'agit-il de la mise en place initiale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Dans la négative, date de la mise en place précédente (aaaa-mm-jj) - -	Raison du remplacement	Date à laquelle le dentiste a pris une empreinte pour ces soins (aaaa-mm-jj) - -
Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez y joindre : • les radiographies prises avant le traitement (pour les couronnes, incrustations en profondeur ou de surface, facettes prothétiques et ponts seulement).		

2. Les frais engagés sont-ils reliés à un accident? Non Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Date de l'accident (aaaa-mm-jj) - -	Lieu de l'accident <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Ailleurs	Circonstances de l'accident?
Les frais engagés sont-ils reliés à une lésion couverte par une Commission des accidents du travail/la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail/la Commission de la santé et de la sécurité du travail? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

3. Orthodontie

S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, date de mise en place initiale de l'appareil (aaaa-mm-jj) - -
---	---

4 Protection offerte par d'autres régimes d'avantages sociaux

Êtes-vous couvert, à titre d'employé actif, par un autre régime pour certains des frais engagés?

Non Oui Dans l'affirmative, vous devez présenter d'abord votre demande de règlement au régime qui vous couvre à titre d'employé. Remplissez ensuite le présent formulaire et joignez-y l'original du relevé des prestations versées par cet autre régime.

Êtes-vous couvert à titre de pensionné par un autre régime pour certains des frais engagés?

Non Oui Veuillez indiquer ce qui suit :

Nom de l'assureur	N° de contrat	N° de certificat
-------------------	---------------	------------------

Votre conjoint ou conjoint de fait ou votre enfant est-il couvert par un autre régime pour certains des frais engagés?

Non Oui

Dans l'affirmative, date de naissance du conjoint ou conjoint de fait (aaaa-mm-jj) - -
--

Dans l'affirmative :

- Les demandes de règlement de frais engagés par votre conjoint ou conjoint de fait doivent être présentées en premier lieu au régime du conjoint.
- Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées en premier lieu au régime du parent dont l'anniversaire (mois et jour) arrive en premier dans l'année civile.
- Lorsque la demande présentée à l'autre régime aura été réglée, remplissez le présent formulaire et joignez-y l'original du relevé des prestations versées par l'autre régime.

5 Déclaration et autorisation du participant

J'atteste que les déclarations faites dans la présente demande sont complètes et véridiques et que la demande ne porte pas sur des frais déjà remboursés par le présent régime ou tout autre régime. J'atteste également que les membres de ma famille qui sont couverts, le cas échéant, remplissent les conditions d'admissibilité au régime. J'autorise toute personne qui possède des renseignements pertinents au sujet de la présente demande à les divulguer à l'administrateur du régime, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, qui les utilisera strictement aux fins de tarification, de gestion administrative et de règlement des prestations du RSDP. L'administrateur du régime peut vérifier si les renseignements fournis à l'appui de cette demande de règlement sont exacts.

Signature du participant X	Date (yyyy-mm-dd) - -
-------------------------------	---------------------------------

Directives sur l'expédition

Envoyer le formulaire dûment rempli par la poste à l'adresse ci-dessous :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Bureau des règlements de frais dentaires

C.P. 6159, succ. CV

613-247-5100 ou

Montréal QC H3C 3A7

1-888-757-7427 (sans frais en Amériques du Nord)