

DEMANDE DE PRESTATIONS POUR SOINS DENTAIRES

Afin d'accélérer le règlement de votre demande, veuillez répondre à toutes les questions.

 Évaluation préalable Facture

D	Nom					
E	Adresse					
N	Ville, province					
T	Code postal			Numéro de membre		
I	Téléphone					

Nom de famille et prénom du patient		
AAAA	MM	JJ
Date de naissance :		
Lien de parenté avec l'assuré : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille		

Date du traitement			N° de dent	Code du procédé	Surface des dents	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total des frais demandés
Année	Mois	Jour						

IMPORTANT : S'il s'agit de soins dentaires accidentels, veuillez vous référer au verso. 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.

À l'usage du dentiste seulement pour le diagnostic

CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS.

Signature du dentiste _____

Date : _____

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ Total des honoraires demandés : _____

N° de groupe Q838	N° d'identification de l'étudiant
Nom de famille et prénom de l'assuré	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N°, rue, appartement	Date de naissance AAAA MM JJ
Ville, province	
Code postal	
Nom du groupe Concordia Graduate Students' Association	
Remplir seulement si vous demandez un remboursement 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.	
Étudiant à temps plein : <input type="checkbox"/> Oui	AAAA MM JJ
<input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ
<input type="checkbox"/> Déf. fonct.	Du _____ Au _____
Nom de l'établissement scolaire fréquenté : _____	

COORDINATION DES PRESTATIONS – Vous DEVEZ REMPLIR la présente section si votre demande de prestations 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 garantie d'assurance des soins dentaires.

Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une garantie de soins dentaires : Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une protection : individuelle couple monoparentale familiale

AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Nom et prénom du conjoint : _____ Date de naissance : _____ Date fin ass. : _____

Nom de l'assureur : _____ N° de police : _____ N° de certificat : _____

SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE

- Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel lorsque votre demande a été traitée.
- **Pour vous y inscrire**, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande et inscrire votre adresse électronique : _____
- Pour obtenir plus de détails sur ce service ou pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, visitez notre site Web, à l'adresse www.assurancecollectivedsf.com.

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. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière : 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. J'autorise également Desjardins Sécurité financière à communiquer l'information relative à cette demande de prestations à l'ASEQ 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'assuré : _____ Date : _____

Indicatif régional + Numéro Indicatif régional + Numéro

N° de téléphone : Résidence : Travail : Poste :

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- N'envoyez que l'original de vos factures (les copies ne sont pas acceptées). Veuillez conserver des copies de vos factures pour vos dossiers; les originaux ne vous seront pas retournés. Le bordereau explicatif ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- Les demandes de prestations DOIVENT être soumises au cours des 90 jours suivant la fin de l'année de la police pendant laquelle les frais ont été engagés ou des 90 jours suivant la fin de l'assurance, si cette date est antérieure.
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site www.ihaveaplan.ca.

CESSION DE PRESTATIONS

Si les prestations payables doivent être cédées au dentiste, veuillez signer la présente section.

Vous devez remplir un formulaire de demande de prestations pour soins dentaires distinct relativement à chaque cession de prestations. Ne soumettez aucune autre demande de prestations à l'aide du présent formulaire.

Je reconnais que certains des frais indiqués dans la présente demande de prestations peuvent ne pas être couverts par l'assureur ou qu'ils peuvent être supérieurs au maximum auquel j'ai droit. Je reconnais également que je suis responsable du paiement de ces frais. Je cède par la présente mes prestations payables au dentiste indiqué sur ce formulaire et j'autorise l'assureur à lui verser directement ces prestations.

Signature de l'assuré

Date

SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

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 radiographies préopératoires sont requises pour l'étude des soins dentaires accidentels. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.

Les dents étaient-elles saines et naturelles avant l'accident? Oui Non

Diagnostic et description clinique des dents avant l'accident : _____

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF qui en ont besoin pour leur travail. 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 Sécurité financière, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF 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 DSF.

Veuillez retourner à : Desjardins Sécurité financière , C.P. 3950, Lévis, Québec, G6V 8C6