PROTÉGÉ une fois rempli

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

Approuvée par Canadian Dental Association / L'Association dentaire canadienne

- 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

1re partie : à remplir par le dentiste

N° unique | Spéc. | N° de dossier du patient

PATIENT
Nom | Prénom
Adresse | App.
Ville | Prov. | Code postal

DENTISTE

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

Réservé au dentiste – Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales.

Duplicata ☐

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 à l'administrateur du régime.

Signature du patient, des parents ou du tuteur

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
Jour	Mois	Année						

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

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

Réservé à l'administrateur du régime

2e partie : à remplir par le participant

Renseignements sur le participant

Contrat n° **25555**
N° de certificat
Date de naissance : Jour / Mois / Année

Nom
Prénom
Langue préférée ☐ Français ☐ English

Adresse
N° d'app.
N° de tél. ( )

Ville
Province
Code postal
Pays

Membre de la famille inclus dans la présente demande

Nom et prénom du conjoint ou du conjoint de fait
Date de naissance Jour / Mois / Année

Nom de l'enfant non marié	Lien avec vous		Date de naissance			Si l'enfant a 21 ans ou plus, indiquez en cochant ci-dessous s'il est :	
	Fils	Fille	Jour	Mois	Année	Handicapé	Étudiant à temps plein
	☐	☐				☐	☐

Suite au verso ▶

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? Non ☐ Oui ☐

Dans la négative :
- Date de la mise en place précédente : _____ / _____ / _____ (Jour / Mois / Année)
- Raison du remplacement : _____

Date à laquelle le dentiste a pris une empreinte pour ces soins : _____ / _____ / _____ (Jour / Mois / Année)

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 et lieu de l'accident : Jour / Mois / Année Au travail ☐ À la maison ☐ 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? Non ☐ Oui ☐

3. Orthodontie

S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? Non ☐ Oui ☐ ▶ Date de mise en place initiale de l'appareil : _____ / _____ / _____ (Jour / Mois / Année)

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 ☐ ▶ Date de naissance du conjoint ou conjoint de fait : _____ / _____ / _____ (Jour / Mois / Année)

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.

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 — Date Jour / Mois / Année

X

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
CP 6159 SUCC CV
Montreal QC H3C 3A7

(613) 247-5100 ou
1 888 757-7427 (sans frais en Amérique du Nord)