

## DEMANDE DE PRESTATIONS POUR FRAIS DENTAIRES

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

Nom de famille et prénom	Numéro de membre	Numéro de téléphone ( ) -
N°, rue, bureau	Ville, province	Code postal

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE PRESTATIONS

**IMPORTANT :** S'il s'agit de soins dentaires accidentels, d'une couronne, facette, incrustation ou de prothèse, 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.

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

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						
Total des honoraires demandés :								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 : \_\_\_\_\_

### SI LE GROUPE EST AUTO-ADMINISTRÉ - L'administrateur doit remplir cette section avant que l'adhérent remplisse le formulaire.

Protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	AAAA MM JJ	En vigueur depuis le : _____	AAAA MM JJ	Terminée depuis le : _____
Signature de l'administrateur :	Date :			

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT - À remplir par l'adhérent. Afin d'accélérer le règlement de votre demande, veuillez répondre à toutes les questions.

Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur	N° de police ou de groupe ou de contrat	N° de certificat
Nom de famille et prénom de l'adhérent	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
N°, rue, appartement	Ville, province	Code postal
Remplir seulement si vous demandez un remboursement des frais engagés pour vos enfants à charge de 18 ou 21 ans ou plus (selon la police). 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 ou atteint d'une déficience fonctionnelle : <input type="checkbox"/> Déf. fonct. <input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein : Du _____ Au _____	AAAA MM JJ      AAAA MM JJ	Nom de l'établissement scolaire :

### COORDINATION DES PRESTATIONS - À remplir par l'adhérent.

Nom de famille et prénom du détenteur de l'autre protection d'assurance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur	Période de couverture AAAA MM JJ      AAAA MM JJ	Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF :
<input type="checkbox"/> DSF <input type="checkbox"/> Autre	Du _____ Au _____	N° de contrat : _____ N° de certificat : _____
Type de protection :	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	
Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre protection d'assurance		

### COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ - Si vous avez cette protection, cochez les options que vous désirez.

- J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.
  - Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais.
  - Je reconnais qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.
1. Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.
2. **Partie des frais non admissibles** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.
3. **Couverture familiale du conjoint** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE**

## SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE - À remplir par l'adhérent.

- 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 :

- Je désire m'inscrire au service de dépôt direct, mais je ne veux pas recevoir d'avis par courriel.
- 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](http://www.assurancecollectivedsf.com).

## 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.

## 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 cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de 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 détient déjà et dont l'objet est accompli. 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'adhérent : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nos de téléphone : Résidence : (            ) - Travail : (            ) - Poste :

## SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

### À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DEMANDE DE PRESTATIONS POUR UNE COURONNE, UNE FACETTE, UNE INCRUSTATION, UN PONT FIXE OU UNE PROTHÈSE

- **S'il s'agit d'une couronne, d'une facette ou d'une incrustation** : veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge de l'appareil existant.
- **S'il s'agit d'un pont fixe** : veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement montrant clairement les deux côtés de l'arche impliquée. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'un pont initial, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.
- **S'il s'agit d'une prothèse** : s'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'une prothèse initiale, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.

**Veuillez inclure une copie de la facture relative aux frais du laboratoire avec votre demande de prestations.**

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