

PARTIE 1 - À REMPLIR PAR LE DENTISTE


FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DE SOINS DENTAIRES

P A T I E N T	Nom de famille	Prénom	D E N T I S T E	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 membre _____
	Adresse postale			Téléphone			
	Ville	Province		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 du patient, des parents ou du tuteur _____
Vérification/Signature du dentiste _____

Duplicata <input type="checkbox"/>								Retourner le formulaire rempli à Coughlin pour le traitement		
Date du traitement	Code du procédé	Code int. des dents	Surfaces des dents ou # d'unités	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais				
aaaa	mm	jj								
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				 <p>Tél.: 613-231-8540 / 1-877-768-3378 Télec.: 613-231-6180 Courriel: ottclaims@coughlin.ca</p> <p>Adresse postale: CP 3517 Succ C, Ottawa, ON K1Y 4H5 Adresse civique: 466 chemin Tremblay, Ottawa, ON K1G 3R1</p>		

PARTIE 2 - À REMPLIR PAR LE MEMBRE DU RÉGIME

Nom du promoteur du régime/Nom du groupe				Numéro de membre/NIP				
Nom de famille du membre		Prénom du membre		Initiale du membre		Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Adresse postale				Ville		Province	Code postal	
Adresse courriel			Téléphone primaire		Téléphone secondaire		Langue de correspondance <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	

RENSEIGNEMENTS DU/DE LA CONJOINT(E) OU D'UNE PERSONNE À CHARGE Remplir seulement si la demande concerne une personne à charge

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Étudiant(e) à temps-plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre
----------------	--------	--------------------------------	--	---	--	---------------------

COORDINATION DES PRESTATIONS Comment soumettre une demande de règlement lorsqu'il y a deux régimes

- Présentez les demandes de règlement pour vous au titre de votre régime en premier. Lorsque vous recevez le relevé des prestations versées, présentez une copie du relevé et des reçus au régime de votre conjoint(e) pour demander le règlement de la fraction impayée.
- Présentez les demandes de règlement pour votre conjoint(e) au titre du régime de votre conjoint(e) en premier. Présentez ensuite à votre régime une copie du relevé des prestations et des reçus.
- Présentez les demandes de règlement pour vos enfants en premier lieu au régime du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) est le plus tôt dans l'année civile.

Les frais engagés sont-ils liés à un accident du travail ET admissibles à des prestations au titre d'un régime d'indemnisation des accidents du travail? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez soumettre ces frais au régime d'indemnisation des accidents du travail de votre province.

Des frais ou des soins sont-ils admissibles en vertu d'un autre régime d'assurance collective, d'un régime d'assurance-maladie ou d'un régime gouvernemental? Oui Non
Dans l'affirmative, qui est le membre de cet autre régime? Nom _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____ Lien avec le membre _____

Si votre autre régime d'avantages sociaux est établi par Coughlin, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes? Oui Non
Dans l'affirmative, confirmez les renseignements suivants:

Nom du promoteur du régime/Nom du groupe	Nom de famille	Prénom	Numéro de membre/NIP	Signature
--	----------------	--------	----------------------	-----------

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

- Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident? Oui Non Dans l'affirmative, date de l'accident (aaaa/mm/jj) _____
Assurez-vous de joindre les circonstances de l'accident.
- Est-ce que le traitement implique le placement d'une couronne / d'un pont ou d'une prothèse amovibles? Oui Non
Dans l'affirmative, s'agit-il de la mise en place initiale? Oui Non SUPÉRIEURE Oui Non INFÉRIEURE Oui Non
Dans la négative, indiquez la date de la mise en place précédente et joignez une explication (aaaa/mm/jj) _____

COMPTE DE FRAIS DE SOINS DE LA SANTÉ Remplissez seulement si vous avez cette garantie

Je confirme que je suis éligible à un remboursement des frais indiqués en vertu de mon compte de frais de soins de la santé. Je comprends que je dois d'abord soumettre ma demande en utilisant la coordination des prestations avec le régime de mon (ma) conjoint(e), le cas échéant.

Je ne désire pas utiliser mon compte de frais de soins de la santé Je désire utiliser mon compte de frais de soins de la santé pour la partie des frais qui ne sont pas remboursée en vertu de mon régime d'assurance collective.

AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'autorise Coughlin et associés Itée (« Coughlin ») de recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels me concernant avec les personnes, organisations ou parties suivantes: les fournisseurs de soins de santé; compagnies affiliées à Coughlin; institutions financières; les organismes gouvernementaux; compagnies d'assurance et leurs réassureurs et / ou fournisseurs de services; employeurs ou ex-employeurs; mon syndicat, les fiduciaires et les vérificateurs du régime aux fins de l'administration du régime, la vérification, l'évaluation, la recherche, la gestion des sinistres, la tarification, et pour déterminer l'admissibilité au régime (le cas échéant). En fournissant des renseignements personnels au sujet de mon(ma) conjoint(e) et / ou personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de cette section est aussi valide que l'originale. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature du membre	Date (aaaa/mm/jj)
---------------------	-------------------

Protection de vos renseignements personnels : Coughlin reconnaît le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Nous nous sommes engagés à protéger la confidentialité, la précision et la sécurité des renseignements personnels. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons et conservons un dossier confidentiel chez nous ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par nous. Les renseignements personnels sont conservés en lieu sûr. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons les renseignements personnels pour administrer le régime. Vous pouvez exercer certains droits d'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier, et si approprié, faire corriger les renseignements inexacts en faisant parvenir une demande écrite à Coughlin. Pour obtenir des renseignements au sujet de notre politique sur la protection des renseignements personnels, visitez notre site web à www.coughlin.ca, ou écrivez à notre agent responsable de la protection des renseignements personnels, par la poste, ou par courriel à privacy@coughlin.ca.