

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	 <p>Adresse postale CP 3517 Succ C Ottawa, ON K1Y 4H5</p> <p>Adresse civique 466 chemin Tremblay Ottawa, ON K1G 3R1</p> <p>Tél. : 613-231-8540 / 1-877-768-3378</p>	
aaaa	mm	jj						
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS		\$		

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		<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 SUR LE PATIENT À remplir seulement si la demande de règlement concerne une personne à charge (conjoint ou enfant)

Relation du patient avec le participant au régime	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--------------------------------	---	---	---

COORDINATION DES PRESTATIONS Comment présenter une demande lorsque les parties détiennent deux régimes d'assurance (ou plus)

Le patient désigné a-t-il droit à des prestations visées par la demande de règlement en vertu d'un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les renseignements suivants :

- Qui participe à l'autre régime? Moi-même Conjoint Ex-conjoint Étudiant à temps plein

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Nom de la compagnie d'assurance	Numéro du régime	Numéro du participant

Si l'autre couverture concerne un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint (ou de l'ex-conjoint) (aaaa/mm/jj) _____

- Si l'autre couverture est également assurée par Coughlin, souhaitez-vous que le règlement soit traité par les deux régimes? Oui Non

- Envoyez d'abord la demande de règlement à votre propre régime. Lorsque vous aurez reçu l'explication de vos prestations, transmettez-la, accompagnée de vos reçus, à l'autre régime pour demander le règlement du montant non remboursé.
- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime de votre conjoint, puis transmettez l'explication des prestations, accompagnée de vos reçus, à votre propre régime.
- Envoyez les demandes de règlement concernant vos enfants à charge au régime dont la date de naissance du parent (mois et jour) arrive en premier dans l'année civile.

Certaines dépenses découlent-elles d'un accident du travail ET sont-elles admissibles à des indemnités pour accidents du travail? Oui Non

Dans l'affirmative, demandez-en le règlement à la commission des accidentés du travail de votre province.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. 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.
2. 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

DÉCLARATION ET AUTORISATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

J'atteste que :

- (1) Les renseignements ci-inclus sont exacts et complets, et ne renferment aucune demande de règlement de dépenses déjà remboursées en vertu du régime.
- (2) Les biens et services visés ont été reçus par le patient désigné.
- (3) Je suis autorisé à divulguer des renseignements concernant toute autre personne identifiée sur le présent formulaire et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de ces renseignements personnels de la manière décrite ci-dessous.
- (4) Le patient désigné autorise Coughlin & associés ltée à divulguer des renseignements sur ses demandes de règlement à des fins d'évaluation, d'enquête et de paiement des prestations demandées ainsi que de gestion de mon régime d'assurance collective.
- (5) Si je présente une demande imputable à mon compte de dépenses en soins de santé, je déclare que ces dépenses sont admissibles à un remboursement.

Je reconnais que :

- (1) La demande de règlement pourra faire l'objet d'une vérification et d'une enquête.
- (2) On pourra communiquer avec moi pour obtenir des renseignements supplémentaires si cela s'avère nécessaire pour traiter la demande ou faire enquête.
- (3) La présente demande pourra être rejetée et ma participation au régime pourra prendre fin si cette demande renferme des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ou encore, si je fournis de tels renseignements par la suite.
- (4) Advenant qu'il y ait des incidences fiscales au remboursement en vertu de mon compte de dépenses en soins de santé, je suis responsable du paiement de tout impôt en découlant.

Je reconnais que toute photocopie ou copie électronique du présent formulaire a la même valeur que l'original.

AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Lorsque l'exigent l'administration, la souscription, la prise de décision, la gestion, la vérification et l'enquête relatives à la présente demande de règlement, j'autorise Coughlin & associés ltée et sa société mère, la Corporation People, à :

- (1) Recueillir et utiliser les renseignements personnels fournis sur tout formulaire lié à la présente demande.
- (2) Recueillir des renseignements personnels supplémentaires auprès de toute personne ou organisation qui détient des renseignements pertinents à la présente demande, par exemple, un fournisseur ou un établissement de soins de santé, un assureur, un enquêteur, mon employeur ou un ancien employeur, un promoteur ou un administrateur de régime.
- (3) Communiquer ces renseignements personnels à toute personne ou organisation, comme un fournisseur de soins de santé, une société affiliée à Coughlin & associés ltée, une compagnie d'assurance et ses réassureurs, un fournisseur de services, mon employeur ou un ancien employeur, un promoteur ou un administrateur de régime, ou un enquêteur.

En cas de soupçon de fraude ou de recours abusif au régime lié à la présente demande, ou si un patient désigné ou moi-même avons reçu un paiement en trop ou une prestation quelconque à laquelle nous n'avions pas droit, ces renseignements personnels pourront être utilisés et communiqués à d'autres personnes ou organisations, y compris des enquêteurs, des représentants de forces de l'ordre, des agences de recouvrement, des organismes de réglementation professionnels, des services d'évaluation du crédit, le fournisseur du produit ou du service ayant fait l'objet de la présente demande et mon employeur ou les promoteurs ou administrateurs du régime, afin de prévenir la fraude ou le recours abusif, d'enquêter sur les soupçons ou de récupérer le montant du paiement en trop ou de la prestation. Outre les autres recours dont dispose Coughlin & associés ltée si un patient désigné ou moi-même avons reçu un paiement en trop ou une prestation quelconque à laquelle nous n'avions pas droit et qui n'a pas été remboursée à Coughlin & associés ltée, j'autorise le recouvrement de ce montant ou de toute prestation d'un montant quelconque à me verser en vertu de mon régime.

Je comprends que toute autorisation de vérification n'est valable que pour la durée du régime lié à la présente demande. Autrement, l'autorisation est valable le temps du traitement de la présente demande et aussi longtemps que je reçois des prestations liées à cette demande ou jusqu'à ce que je révoque mon autorisation par écrit. Je reconnais également que si je révoque mon autorisation, la demande ne sera pas traitée et je n'aurai droit à aucune autre prestation liée à cette demande.

Signature du participant

Date (aaaa/mm/jj)

Protection de vos renseignements personnels. Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à des personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privée> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée à l'adresse indiquée ci-après.

Personne-ressource :

Coughlin & associés ltée
1403, boul. Kenaston, Winnipeg, MB R3P 2T5
À l'attention de l'agent de protection de la vie privée

Courriel : privacy.officer@peoplecorporation.com