

**SOINS DENTAIRES**

- 
- PLAN THÉRAPEUTIQUE**
- 
- 
- TRAITEMENT SUIVANT UN ACCIDENT**

**COMPTE DE CRÉDITS-SANTÉ**

- 
- Me rembourser le solde non réglé de cette réclamation à partir de mon compte de crédits-santé
- 
- 
- Prendre le paiement sur mon compte de crédits-santé et le céder au dentiste

**DIRECTIVES**

 Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli en y joignant les reçus à :  
 Co-operators Compagnie d'assurance vie  
 Service des réclamations, Soins dentaires  
 1900 Albert Street  
 Regina, SK S4P 4K8

**DÉPÔT DIRECT ET RELEVÉ ÉLECTRONIQUE**

Le dépôt direct vous permet de recevoir vos prestations plus rapidement et de consulter votre relevé en ligne.

 Pour bénéficier du dépôt direct et des relevés électroniques, vous pouvez appeler notre Centre de service à la clientèle au 1-800-667-8164 ou vous inscrire à [Clic Avantages](#)™.

**SECTION 1 – DENTISTE**

<b>P A T I E N T</b>	Nom de famille	Prénom	<b>F O U R N I S S E U R</b>	Numéro unique	Spécialité	Par la présente, je cède au dentiste désigné les prestations auxquelles j'ai droit au titre de la réclamation et autorise le paiement direct à ce dernier.  _____ Signature du participant
	Adresse			_____	_____	
	Ville	Province		Code postal	Téléphone :	
<b>Réservé au fournisseur</b> – Indiquer tout renseignement supplémentaire, diagnostic, procédure ou commentaire particulier.				Il est possible que les frais énumérés ci-dessous ne soient pas couverts ou excèdent le montant pris en charge par mon régime. Je reconnais être entièrement responsable envers mon dentiste des frais se rapportant à l'ensemble du traitement.  Je déclare que le total des frais, _____\$, est exact et m'a été facturé pour les services rendus. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans le présent formulaire à mon assureur ou à l'administrateur de mon régime.		
Vérification du bureau : _____ Signature du dentiste/denturologiste				_____ Signature du patient (ou du parent/tuteur légal)		

DATE DU SERVICE (JJ/MMM/AAAA)	CODE DE L'ACTE	CODE DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES PROFESSIONNELS	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	
Ceci est une déclaration exacte des services fournis et du total des frais exigibles, sauf erreurs ou omissions.						<b>Total des frais à rembourser</b>	\$

**SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

 Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_ Promoteur du régime ou employeur \_\_\_\_\_  
 Participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  
 Adresse \_\_\_\_\_ N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

1. Lien avec le participant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

 S'il s'agit d'un enfant, indiquer s'il est  étudiant  handicapé

Dans le cas d'un étudiant, s'assurer que la Déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant a été remplie et envoyée.

2. Coordination des prestations

 Si vous avez présenté une réclamation à un autre assureur, vous **devez** joindre l'original du relevé de prestations émis par l'assureur ainsi qu'une **copie** des reçus.

 Êtes-vous ou vos personnes à charge couverts par un autre régime?  Oui  Non Si oui, fournir les renseignements suivants :

Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur/Source : \_\_\_\_\_ Police : \_\_\_\_\_

 Si votre conjoint est couvert par CCAV, souhaitez-vous que la réclamation soit traitée au titre des deux régimes collectifs?  Oui  Non

Police du conjoint \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

 3. Des soins sont-ils nécessaires en raison d'un accident?  Oui  Non Date de l'accident \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

 Si oui, le dentiste devra remplir et soumettre un Rapport supplémentaire d'accident dentaire. Vous trouverez le formulaire au [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca) ou sur [Clic Avantages](#) pour les participants.

 4. Si les soins se rapportent à des prothèses, des couronnes ou des ponts, est-ce la première mise en place?  Oui  Non

Dans la négative, indiquer la date de la mise en place précédente \_\_\_\_\_

 5. Des soins orthodontiques sont-ils nécessaires?  Oui  Non

(VOIR AU VERSO)

## SECTION 4 – AUTORISATION

J'atteste que les renseignements contenus dans la présente sont vrais, complets et exacts et que les frais indiqués concernent des soins médicaux prodigués aux personnes susmentionnées. Il est entendu que toute fausse déclaration ou réticence risque d'entraîner des retards dans l'obtention de mes prestations ou le refus de prendre le sinistre en charge. J'autorise tout médecin, dentiste et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, assureur, fournisseur de services d'assurance et autre personne ou organisme ayant des renseignements médicaux ou autres concernant moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge à échanger avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime ou leurs représentants, tous les renseignements nécessaires pour étudier la réclamation et juger de son bien-fondé, déterminer le droit aux prestations, et gérer le dossier et le régime d'assurance collective. Je confirme avoir l'autorisation de représenter mon conjoint ou mes personnes à charge à cette fin. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

En cas de fraude avérée ou présumée ou d'abus dans le cadre de cette réclamation, je reconnais et je conviens que Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut réaliser une enquête à ce sujet, et utiliser et communiquer des renseignements sur moi-même, mon conjoint et mes personnes à charge en lien avec cette réclamation à tout organisme, y compris des organismes de réglementation, des organisations gouvernementales, des fournisseurs de soins de santé et d'autres assureurs, et le cas échéant, mon promoteur de régime, et ce, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude ou de l'abus au titre du régime d'assurance collective.

Si Co-operators Compagnie d'assurance-vie me verse un montant qui excède les prestations auxquelles j'ai droit au titre de mon régime d'assurance (le « trop-perçu »), je reconnais et j'accepte ce qui suit : a) je suis redevable du trop-perçu à Co-operators Compagnie d'assurance-vie; b) Co-operators Compagnie d'assurance-vie a le droit de prendre tous les moyens légaux pour recouvrer le trop-perçu; et c) Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut prélever le montant dû de toutes prestations auxquelles j'ai droit jusqu'à ce qu'elle ait récupéré la totalité du trop-perçu.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

## SECTION 5 – CONFIDENTIALITÉ

### Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca)