

FORMULE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DENTAIRES

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR LA PRÉSENTE FORMULE SONT CONFIDENTIELS

PARTIE 1 – DENTISTE	N° UNIQUE <input type="checkbox"/> SPÉC. <input type="checkbox"/> N° DE DOSSIER DU PATIENT _____	PAR LA PRÉSENTE, JE CÈDE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÉGLEMENT AU DENTISTE DÉSIGNÉ(E) ET AUTORISE QUE LE PAIEMENT LUI SOIT VERSÉ DIRECTEMENT. _____ SIGNATURE DU PARTICIPANT
C L I E N T N° DE TÉLÉPHONE _____	D E N T I S T E NOM _____ ADRESSE _____ EMAIL _____ N° DE TÉLÉPHONE _____	
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES. DUPLICATA <input type="checkbox"/>		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 RÉCUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU AU GESTIONNAIRES DE RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ. _____ SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR
VÉRIFICATION – BUREAU		

							RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME						
DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SUR-FACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	MONTANT ADMIS	FRÉQ	%	MONTANT PAYABLE PAR LE PATIENT	
JOUR	MOIS	ANNÉE											
								N° DU CHÈQUE _____		DATE _____			
								FRANCHISE _____		MONTANT DU PATIENT _____		MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME _____	
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF POUR LES ERREURS OU OMISSIONS.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS		N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION _____					

PARTIE 2 – EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME / ASSURÉ

1. N° RÉGIME / ASSURANCE COLLECTIVE _____ N° DIVISION / SECTION _____
 EMPLOYEUR _____
 NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DU RÉGIME ClaimSecure Inc.

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
 N° DECERT. _____
 OU N° ID. _____
 DATE DE NAISSANCE _____ JOUR MOIS ANNÉE
 EMAIL _____

3. DÉSIREZ-VOUS QUE LES FRAIS NON REMBOURSÉS DE CETTE RÉCLAMATION SOIENT PAYÉS DIRECTEMENT DE VOTRE COMPTE DE SOINS SANTÉ (SI ADMISSIBLES)? OUI NON

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____
 DATE DE NAISSANCE _____ JOUR MOIS ANNÉE
 S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉTUDIANT HANDICAPÉ
 S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____
 N° ID. DU PATIENT _____

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA C.A.T., OU UN RÉGIME D'ASSURANCE D'ÉTAT NON OUI
 N° DE POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____
 NOM DE L'AUTRE RÉGIME OU COMPAGNIE D'ASSURANCE _____

3. LE TRAITEMENT EST-IL REQUIS À LA SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE À PART NON OUI

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UN PONT OU UNE COURONNE, EST-CE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT NON OUI

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON OUI

6. JE CONSENS À CE QUE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER EXIGÉ AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIT DIVULGUÉ À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS, EXACTS ET COMPLETS.
 DATE _____ JOUR MOIS ANNÉE
 SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____

PARTIE 4 – À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR S'IL Y A LIEU

1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE 2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE 3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE.	Jour	Mois	Année	TITULAIRE DU RÉGIME	Jour	Mois	Année	_____ SIGNATAIRE AUTORISÉ _____ (POSTE OU TITRE)	

PARTIE 5 – CONSENTEMENT RELATIF À LA CONFIDENTIALITE

Protection de vos renseignements personnels :

Chez SécurIndemnité, nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels et à respecter votre vie privée. Ce sont des renseignements qui, seuls ou associés à d'autres, permettent d'identifier une personne. Il s'agit, notamment, de votre nom et de votre adresse ainsi que des renseignements plus sensibles comme des renseignements médicaux et vos dossiers financiers. Sont également compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux(se), votre conjoint de fait et vos enfants.

Utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels :

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Il s'agit, notamment, de vérifier votre identité et de tenir à jour votre profil et l'information sur les caractéristiques des produits que vous détenez auprès de nous. Ils sont également utilisés pour évaluer votre admissibilité aux produits, fixer le prix de nos produits, recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, traiter les demandes de règlement, vous protéger ainsi que nous contre les risques tels que les cybermenaces et la fraude, et nous conformer aux obligations légales. Votre numéro de certificat est utilisé pour associer vos produits entre eux et pour conserver vos renseignements à l'écart de ceux des autres clients aux noms similaires.

À qui nous communiquons les renseignements personnels :

Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir les services. Il peut s'agir de votre conseiller ou des personnes qui travaillent avec ce dernier, ainsi que d'autres organisations qui nous fournissent des services, telles que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de protection spécialisée, des médecins examinateurs indépendants et des pharmaciens. De plus, nous pouvons communiquer vos renseignements à des fournisseurs d'assistance voyage, des fournisseurs de technologie et des compagnies d'assurance ou de réassurance. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes publics et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendrons jamais vos renseignements personnels à qui que ce soit.

Vous avez le contrôle de vos renseignements personnels :

Nous respectons vos préférences en matière de confidentialité et les suivons lorsque nous utilisons vos renseignements personnels. En tout temps, au cours de la relation que vous entretenez avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en soumettant une demande à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com. Vous pouvez notamment choisir de recevoir ou non des sondages sur l'expérience client; accepter ou non de recevoir de l'information et des offres de SécurIndemnité en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de la relation que vous entretenez avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de confidentialité, tels que l'accès à vos renseignements personnels ou leur correction, en envoyant un courriel à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Au moment de prendre des décisions relatives aux produits et services, SécurIndemnité utilise les renseignements personnels. Ces décisions peuvent être prises à l'aide d'un système de traitement automatisé.

Vous désirez en savoir plus ? Veuillez-vous rendre au <https://www.securindemnite.com/fr/la-confidentialite/>.

PARTIE 6 – AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Par la présente,

1. J'autorise SécurIndemnité, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes publics ou de programmes de soutien aux patients ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec SécurIndemnité ou l'un des éléments mentionnés ci-dessus, situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, à communiquer des renseignements personnels lorsqu'il est pertinent et nécessaire de le faire pour l'adjudication de ma ou mes demandes de règlement.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de ma demande ou SécurIndemnité pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
3. Je reconnais que SécurIndemnité se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment à diverses fins, notamment pour prévenir et détecter la fraude et que ce consentement s'applique à la vérification de ma ou mes demandes de règlement.
4. J'autorise SécurIndemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer les renseignements fournis sur ce formulaire au promoteur du régime ou à l'employeur afin de déclarer les demandes de règlement soupçonnées de constituer une fraude, un gaspillage ou un abus par SécurIndemnité.
5. Je confirme que, si le patient est une personne autre que moi-même, il a consenti à ce que ses renseignements personnels soient fournis et à ce que SécurIndemnité les utilise et les divulgue comme indiqué ci-dessus.
6. Je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. Le défaut de fournir des renseignements véridiques, corrects et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute décision d'approbation, l'obligation de rembourser les demandes de règlement payées ou toute autre mesure qui s'impose.
7. Je reconnais que, sauf si le paiement est transféré directement au pourvoyeur du service, tout remboursement et explication des montants payés me seront envoyés.

SécurIndemnité peut réviser cet énoncé de consentement de temps à autre, et affichera la version la plus récente sur son site Web au (<https://www.securindemnite.com>). Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et que vous utilisez la plus récente version de l'énoncé de consentement. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'énoncé de consentement révisé.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME

DATE

JOUR

MOIS

ANNÉE

LES PRESTATIONS SONT PAYABLES AU PARTICIPANT AU RÉGIME À MOINS QUE CE NE SOIT ATTRIBUÉ AUTREMENT. VEUILLEZ SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT À:
*** REMARQUE ; NE PAS AGRAFER NI COLLER LES REÇUS AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ***

SÉCURINDEMNITÉ INC.
CP 6500 SUCCRRSALE A SUDBURY ON P3A 5N5 • 1-888-513-4464
service@claimsecure.com