

1^{re} PARTIE - DENTISTE		N^o UNIQUE	SPÉC.	N^o DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT
PATIENT	DENTISTE				
					TÉLÉPHONE
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.			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 À L'ADMINISTRATEUR DU 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		

DATE DU TRAITEMENT JOUR MOIS ANNÉE	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ À L'ASSUREUR				
							MONTANT ADMIS	FRÉQ.	%	MONTANT PAYABLE PAR LE PATIENT	
							N ^o DU CHÈQUE		DATE		
			FRANCHISE		PAIEMENT DU PATIENT		PAIEMENT DE L'ASSUREUR				
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.							TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				
							N ^o DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION				

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE

PUISQU'IL S'AGIT D'UN FORMULAIRE NORMALISÉ, LA DEMANDE NE PRÉCISE PAS L'ENDROIT OÙ ELLE DOIT ÊTRE ADRESSÉE. CE RENSEIGNEMENT DÉPEND DE L'ASSUREUR. AUSSI CONVIENT-IL DE CONSULTER VOTRE LIVRET D'ASSURANCE, LA POLICE D'ASSURANCE OU VOTRE EMPLOYEUR POUR EN CONNAÎTRE LES DÉTAILS.

SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE ENVOYÉE DIRECTEMENT À L'ASSUREUR, REMPLIR SEULEMENT LES PARTIES 1, 2 ET 3 DU FORMULAIRE ET L'ADRESSER AU SERVICE DES DEMANDES D'INDEMNISATION INDIQUÉ PAR L'ASSUREUR.

* SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE REMISE À VOTRE EMPLOYEUR, VEUILLEZ LA PRÉSENTER AU BUREAU DU PERSONNEL OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME QUI EN REMPLIRA LA PARTIE 4 ET ENVERRA LE DOCUMENT À L'ASSUREUR.

2^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ/PARTICIPANT AU RÉGIME

1. N^o DU RÉGIME _____ N^o DE LA SECTION OU DE LA DIVISION _____

D'ASSURANCE COLLECTIVE _____

EMPLOYEUR _____

NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____

N^o DE CERTIFICAT, D'ASSURANCE SOCIALE OU D'IDENTITÉ _____

DATE DE NAISSANCE _____

JOUR MOIS ANNÉE

3^e PARTIE - 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 SCOLARISÉ HANDICAPÉ

S'IL EST SCOLARISÉ, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____

N^o D'IDENTITÉ 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^o DE LA POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE. NON OUI

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURRONNE OU UN PONT, 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 DU RÉGIME ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIFIÉS, EXACTS ET COMPLETS.

DATE _____

JOUR MOIS ANNÉE

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ/PARTICIPANT AU RÉGIME _____

4^e PARTIE - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME/EMPLOYEUR S'IL Y A LIEU (VOIR CI-DESSUS*)

1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE	4. TITULAIRE DU RÉGIME	DATE	SIGNATURE AUTORISÉE		
2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE					JOUR		MOIS	ANNÉE
3. DATE DE RÉLIQUATION DE L'ASSURANCE								

(POSTE OU TITRE)