

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 RÈGLEMENT AU DENTISTE DÉSIGNÉ(E) ET AUTORISE QUE LE PAIEMENT LUI SOIT VERSÉ DIRECTEMENT.					
C L I E N T N° DE TÉLÉPHONE				D E N T I S T E N° DE TÉLÉPHONE			SIGNATURE DU PARTICIPANT					
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES 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 TOUTS 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 TOUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE AUSSI LA TRANSMISSION DE TOUTE INFORMATION RELATIVE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS CE FORMULAIRE, AU DENTISTE MENTIONNÉ CI-DESSUS ET AU PARTICIPANT DU RÉGIME.								
DUPLICATA <input type="checkbox"/>				VÉRIFICATION – BUREAU								
DATE DU TRAITEMENT				RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME								
JOUR MOIS ANNÉE			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
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF POUR LES ERREURS OU OMISSIONS.									N° DU CHÈQUE		DATE	MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME
TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS									FRANCHISE		MONTANT DU PATIENT	MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME
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 _____

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

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)	

LES PRESTATIONS SONT PAYABLES AU PARTICIPANT AU RÉGIME À MOINS QUE CE NE SOIT ATTRIBUÉ AUTREMENT. VEUILLEZ SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT À: