



1^{re} PARTIE - DENTISTE

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 RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT

**P
A
T
I
E
N
T**

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

**D
E
N
T
I
S
T
E**

TÉLÉPHONE _____

SIGNATURE DU PARTICIPANT

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 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 ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DESIGNÉ.

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
JOUR	MOIS	ANNÉE						

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

MONTANT ADMIS	FRÉQ.	%	MONTANT PAYABLE PAR LE PATIENT

N° DU CHÈQUE _____	DATE _____
--------------------	------------

FRANCHISE _____	PAIEMENT DU PATIENT _____	PAIEMENT DE L'ASSUREUR _____
-----------------	---------------------------	------------------------------

N° DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION _____

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

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 ENVERRÀ LE DOCUMENT À L'ASSUREUR.

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

1. N° DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE _____ N° DE LA SECTION OU DE LA DIVISION _____
 EMPLOYEUR _____
 NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
 N° 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° D'IDENTITÉ DU PATIENT _____

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

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 LA POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____
 NOM DE L'AUTRE ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

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, VÉRIDIQUES, 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
 2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE
 3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

JOUR	MOIS	ANNÉE

4. TITULAIRE DU RÉGIME

DATE		
JOUR	MOIS	ANNÉE

SIGNATURE AUTORISÉE _____

(POSTE OU TITRE)