

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			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SUR-FACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME				
JOUR	MOIS	ANNÉE							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.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION		N° DU CHÈQUE		DATE	
FRANCHISE				MONTANT DU PATIENT				MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME					

PARTIE 2 – EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME / ASSURÉ			
1. N° RÉGIME / ASSURANCE COLLECTIVE _____ N° DIVISION / SECTION _____		2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____	
EMPLOYEUR _____		N° DE CERT. _____	
NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DU RÉGIME _____		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 _____		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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
DATE DE NAISSANCE _____		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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
JOUR MOIS ANNÉE		5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST - IL ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ <input type="checkbox"/>		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.	
S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____		DATE _____	
N° ID. DU PATIENT _____		JOUR MOIS ANNÉE	
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____	
N° DE POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____			
NOM DE L'AUTRE RÉGIME OU COMPAGNIE D'ASSURANCE _____			

PARTIE 4 – À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR S'IL Y A LIEU												
1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE	TITULAIRE DU RÉGIME	JOUR	MOIS	ANNÉE	SIGNATAIRE AUTORISÉ				
	2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE											
	3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE											

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