

Demande d'indemnisation pour soins dentaires formulaire standard

Section 1 À être remplie par le dentiste

Patient Prénom _____ Nom _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____	N° unique _____	Spéc. _____	N° de dossier du patient _____
	Dentiste Téléphone _____ N° License _____		Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlements et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. Signature du participant _____

Réservé au dentiste Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales

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.

Duplicata

Signature du patient (parent ou tuteur si mineur) _____

Vérification _____

Date du traitement			Code du procédé	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
JJ	MM	AAAA						

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.

Signature du dentiste _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

Total des honoraires demandés _____

Section 2 À être remplie par l'employé(e)

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Section 3 Coordination des prestations (si vous n'avez pas de conjoint, cette section ne s'applique pas)

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance dentaire sous son propre régime d'assurance? Oui Non

Date effective

____/____/____
JJ MM AAAA

Si oui, est-ce une couverture d'assurance dentaire : Individuel Familiale

Nom du conjoint _____ Nom de l'assureur du conjoint _____ Numéro du contrat _____

Veillez également joindre une copie détaillée du sommaire des bénéfices.

Section 4 Détails de la demande

1. Des soins sont-ils requis par suite d'un accident? oui non
Si oui, veuillez fournir une page supplémentaire indiquant la date et des précisions.

2. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? oui non
Si non, veuillez fournir une page supplémentaire indiquant la date de la mise en bouche, une liste des dents manquantes et les raisons du remplacement.

Je consens à ce que les renseignements ou dossiers exigés au sujet de la présente demande soient divulgués à l'assureur/l'administrateur du régime, et je déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'employé(e) _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____