

## Demande d'indemnisation pour soins dentaires formulaire standard

### Section 1 À être remplie par le dentiste

<b>Patient</b> Prénom _____ Nom _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____	<b>N° unique</b> _____	<b>Spéc.</b> _____	<b>N° de dossier du patient</b> 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																																																																																																		
<b>Réservé au dentiste</b> Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales _____ _____ <input type="checkbox"/> Duplicata	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. _____ Signature du patient (parent ou tuteur si mineur)      Vérification																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Date du traitement</th> <th rowspan="2">Code du procédé</th> <th rowspan="2">Code int. des dents</th> <th rowspan="2">Surface des dents</th> <th rowspan="2">Honoraires du dentiste</th> <th rowspan="2">Frais de laboratoire</th> <th rowspan="2">Total des frais</th> </tr> <tr> <th>JJ</th> <th>MM</th> <th>AAAA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	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																																																																																									
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) \_\_\_\_\_