Assomption Vie

C.P. 160/770, rue Main, Moncton, N.-B., Canada E1C 8L1
Tél.: 506 853-6040 Téléc.: 506 853-5434

Demande d'indemnités pour soins dentaires formule standard

PARTIE 1 - DENTISTE

Patient

Nom Prénom

Adresse Appartement

Ville Province Code postal

No. unique | Spéc | No. de dossier du patient

Dentiste

Téléphone No. license

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement 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.

☐ 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 ou à l'administrateur du régime.

Signature du patient, des parents ou du tuteur Vérification

Date du traitement J M A	Code du procédé	Code int des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs et omissions.

Signature du dentiste Date (jour, mois, année) Total des honoraires demandés

Réservé à l'assureur

Montant admis	Fréquence	Pourcentage	Montant payable par le client

Chèque No. Date

Franchise	Paiement du patient	Paiement de l'assureur

No. de la demande d'indemnité

Comment présenter la demande

Puisqu'il s'agit d'une formule standard, la demande ne contient pas de directives précises sur l'endroit où elle doit être adressée. Ce renseignement dépent 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 de la formule et l'adresser au service des demandes de règlements indiqué par l'assureur.
N.B.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 la fera parvenir à l'assureur.

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

No. de compte | No. d'employé | Employeur | Nom de l'assureur ou régime | Nom (en lettres moulées) | Date de naissance (J/M/A)

PARTIE 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Patient

Lien de parenté avec l'employé/participant au régime Date de naissance (J/M/A)

S'il s'agit d'un enfant, est-il ☐ étudiant ☐ handicapé

Nom de l'établissement scolaire (s'il s'agit d'un étudiant) No. d'identité du patient

2.Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective ou dentaire, de la C.A.T. ou d'un régime d'assurance du gouvernement?
☐ non ☐ oui

No. de la police Date de naissance du conjoint Nom de l'assureur ou du régime

3. Des soins sont-ils requis par suite d'un accident? ☐ non ☐ oui
(Si oui, indiquer la date et donner des précisions sur une feuille distincte)

4. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? ☐ non ☐ oui
(Si non, indiquer la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement)

5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? ☐ non ☐ oui

6. Je consens à ce que les renseignements ou dossiers exigés au sujet de la présente demande soient divulgués 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 (J/M/A) Signature de l'employé / participant au régime

PARTIE 4 - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR SEULEMENT SI LES RÉCLAMATIONS DOIVENT D'ABORD LUI ÊTRE SOUMISES

	Jour	Mois	Année
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 la résiliation de l'assurance			

Date (J/M/A) Signataire autorisé

Poste ou titre

Tous les renseignements inscrits sur cette formule sont confidentiels