L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

FORMULAIRE NORMALISÉ DE DEMANDE D'INDEMNISATION DES SOINS DENTAIRES

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE | SPÉC. | N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

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

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

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR

VÉRIFICATION

	DATE DU TRAITEMENT (JOUR / MOIS / ANNÉE)	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
Biopsie tissu mou →		04302			102	102	204
Biopsie tissu dur →		04312			207	102	309
Frottis cytologique →		04401			40	40	80
Ablation tumeur →		74108			187	102	289
Ablation et curetage kyste ou granulome intra-osseux →		74408			178	102	280
						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS	

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

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

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 ENVERRA LE DOCUMENT À L'ASSUREUR.

2e 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)

3e 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 _____

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 _____

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

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

4e PARTIE - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME/EMPLOYEUR S'IL Y A LIEU (VOIR CI-DESSUS*)

	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 RÉSILIATION DE L'ASSURANCE			

4. TITULAIRE DU RÉGIME

DATE		
JOUR	MOIS	ANNÉE

SIGNATURE AUTORISÉE

(POSTE OU TITRE)

COPYRIGHT 09/03

L' INFORMATION DANS CE FORMULAIRE EST CONFIDENTIELLE