



Association dentaire
canadienne

ASSURANCE DENTAIRE FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT



En caractères d'imprimerie s.v.p.

1^{re} PARTIE - DENTISTE		N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	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.	
P	NOM	PRÉNOM				D
A	ADRESSE	APP.				
N	VILLE	PROV.	CODE POSTAL		N	
T	TÉLÉPHONE					SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES DUPLICATA <input type="checkbox"/>	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 / SIGNATURE DU DENTISTE	

DIRECTIVES										
DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE		CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement. 1. Faites remplir la 1 ^{re} partie par votre dentiste. 2. Remplissez les 2 ^e et 3 ^e parties réservées au salarié. 3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la 1 ^{re} partie. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des détails relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire. 4. Envoyez la présente demande de règlement à :
JOUR	MOIS	ANNÉE								
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				

2^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

RÉGIME N° _____ DIVISION N° _____ NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ _____

NOM DE L'EMPLOYEUR _____

NOM DU SALARIÉ _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
JOUR MOIS ANNÉE

ADRESSE DU SALARIÉ _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

3^e PARTIE - COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté avec le salarié : _____ 2. Date de naissance du patient ____ / ____ / ____
Jour Mois Année

3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? Oui Non

4. Si le patient est un enfant a) Étudie-t-il à plein temps? Oui Non
 Âgé de 18 ans ou plus : b) S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____
 c) Travaille-t-il? Oui Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____

5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? Oui Non
 Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'assuré _____
 Nom de l'autre assureur _____ Police Numéro _____

b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? Oui Non

c) Dans l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____ / ____ / ____
Jour Mois

6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____

7. La demande a-t-elle été présentée à la CSST? Oui Non

8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? Oui Non Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés. _____