Comment remplir votre formulaire de demande de règlement Assurance dentaire

Veuillez demander à votre dentiste de remplir la 1re partie au complet.

L'employé doit remplir ces parties au complet.

Association dentaire canadienne

ASSURANCE DENTAIRE
FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

La Great-West — Compagnie d'assurance-vie

1re PARTIE - DENTISTE

PATIENT — NOM ____ PRÉNOM ____ ADRESSE ____ APP. ____ VILLE ____ PROV. ____ CODE POSTAL ____

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

DENTISTE — TÉLÉPHONE

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 POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

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 / SIGNATURE DU DENTISTE

DATE DU TRAITEMENT (JOUR / MOIS / ANNÉE)	CODE DE L'ACTE	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 OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

1. FAITES REMPLIR LA 1re PARTIE PAR VOTRE DENTISTE.
2. REMPLISSEZ LES 2e ET 3e PARTIES RÉSERVÉES AU SALARIÉ.
3. SI VOUS VOULEZ QUE LE PAIEMENT SOIT FAIT DIRECTEMENT AU DENTISTE, SIGNEZ L'AUTORISATION À CET EFFET À LA 1re PARTIE. LA CESSION DES PRESTATIONS EST IRRÉVOCABLE.
4. ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT À :

2e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

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

NOM DE L'EMPLOYEUR ____

NOM DU SALARIÉ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) ____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ (JOUR MOIS ANNÉE)

ADRESSE DU SALARIÉ : ____

LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUE NOUS RECUEILLONS SONT CONSERVÉS DANS LA PLUS GRANDE CONFIDENTIALITÉ ET SERVIRONT À L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET À L'ADMINISTRATION DU RÉGIME COLLECTIF. J'AUTORISE L'UTILISATION DE MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE À TITRE DE NUMÉRO D'IDENTIFICATION LORSQU'IL EST NÉCESSAIRE DANS L'ADMINISTRATION DE MON RÉGIME COLLECTIF. J'AUTORISE LA GREAT-WEST, TOUT FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ, LE GESTIONNAIRE DU RÉGIME, TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE, TOUTE ORGANISATION OU TOUT FOURNISSEUR D'AVANTAGES SOCIAUX TRAVAILLANT AVEC LA GREAT-WEST À ÉCHANGER LES RENSEIGNEMENTS, AU BESOIN AUX FINS D'ÉVALUER MA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DE GÉRER LE RÉGIME COLLECTIF. J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, CORRECTS ET COMPLETS.

SIGNATURE DU SALARIÉ ____ DATE ____

3e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

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 ÂGÉ DE 18 ANS OU PLUS:
   A) ÉTUDIE-T-IL À PLEIN TEMPS? ☐ OUI ☐ NON
   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. ____

M445D BIL-8/01

Autorisation
Pour que les payements soient versés directement au dentiste, l'**employé** doit signer ici.

Autorisation
Le **patient ou le parent/tuteur** doit signer ici.

Veuillez poster votre formulaire dûment rempli au bureau indiqué dans votre livret ou par votre gestionnaire de régime.

Veuillez annexer tous les reçus originaux au formulaire de demande de règlement.

Autorisation
Après avoir dûment rempli le présent formulaire, l'**employé** doit signer et dater ici.

Les formulaires incomplets peuvent vous être retournés et retarder le traitement de votre demande.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime.