

**FORMULE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DENTAIRES**  
TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR LA PRÉSENTE FORMULE SONT CONFIDENTIELS.

<b>PARTIE 1 - DENTISTE</b>	N° UNIQUE   SPÉC.   N° DE DOSSIER DU PATIENT	PAR LA PRÉSENTE, JE CÈDE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT AU DENTISTE DÉSIGNÉ(E) ET AUTORISE QUE LE PAIEMENT LUI SOIT VERSÉ DIRECTEMENT.  _____ SIGNATURE DU PARTICIPANT
C L I E N T	D E N T I S T E  N° DE TÉLÉPHONE	

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTICS, OU LES AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.  _____ DUBLICATA <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
--	---

DATE DU TRAITEMENT							CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SUR-FACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME					
JOUR	MOIS	ANNÉE	MONTANT ADMIS	FRÉQ	%	MONTANT PAYABLE PAR LE PATIENT												
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF POUR LES ERREURS OU OMISSIONS.							<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>		N° DU CHÈQUE		DATE		FRANCHISE		MONTANT DU PATIENT		MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME	
N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION																		

**PARTIE 2 – EMPLOYÉ / MEMBRE DU RÉGIME / ASSURÉ**

1. N° RÉGIME/ ASSURANCE COLLECTIVE _____ N° DIVISION / SECTION _____ EMPLOYEUR _____ NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DU RÉGIME _____	2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____ N° DE CERT. _____ OU NAS OU N° ID. _____ DATE DE NAISSANCE _____ JOUR MOIS ANNÉE
---	--

**PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

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 ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SOCLAIRE _____ N° ID. DU PATIENT _____	3. LE TRAITEMENT EST-IL REQUIS À LA SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UN PONT OU UNE COURONNE, EST-CE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 DE RÉGIME ET JE DÉLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. DATE _____ JOUR MOIS ANNÉE
---	---

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME

**PARTIE 4 – À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR S'IL Y À LIEU**

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 RÉSIILIATION DEL'ASSURANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE	TITULAIRE DU RÉGIME	DATE			_____ SIGNATAIRE AUTORISÉ  _____ (POSTE OU TITRE)	