

DEMANDE DE RÈGLEMENT DU DENTISTE

Renseignements sur l'assuré

DEVIS DE SOINS DENTAIRES
 RELEVÉ DE SOINS DENTAIRES

Titulaire de la police		Numéro de la police	
Nom de l'assuré		Adresse e-mail	
Nom du patient (si différent du nom ci-dessous)		Lien de parenté avec l'assuré	
Adresse		Téléphone	
Le patient est-il couvert par un autre régime? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez le nom du régime de soins dentaires, le numéro d'assurance collective et le nom et l'adresse de la société d'assurance.			

Renseignements sur le dentiste

Nom, adresse, no de téléphone et no de sécurité sociale ou no de CA du dentiste							
Date de la première visite de la séquence actuelle	Lieu de traitement	Cabinet	Hôp.	ESLD	Autre	Radiographie ou modèle joint? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Combien?	
Le traitement est-il lié à une blessure ou une maladie professionnelle?		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Si oui, offrez une brève description et indiquez les dates			
Le traitement fait-il suite à un accident de voiture ou un autre type d'accident?		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Si oui, offrez une brève description et indiquez les dates			
Pour les prothèses, s'agit-il d'une implantation initiale?		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Si non, indiquez le motif du remplacement et la date de l'implantation précédente			
S'agit-il d'un traitement orthodontique?		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Indiquez la date de l'implantation initiale et le nombre de mois de traitement restant			
Date	No de dent	Surface	Description du service (dont les radios, la prophylaxie, les matériaux utilisés, etc.) No de ligne		No de procédure	Frais	À des fins administratives
Total des frais soumis							

J'atteste par la présente que les procédures énumérées par date ont été réalisées et que les frais soumis à la demande de règlement sont les frais réels que j'ai facturés et ai l'intention de recouvrer pour ces procédures.

Signature (Dentiste)

Date

Remboursement

Comment souhaitez-vous que le remboursement soit effectué?

Chèque

Dépôt direct

Virement télégraphique

En cas de dépôt direct :

Nom de la banque _____ Numéro de banque _____

Adresse de la succursale _____ Numéro transitaire _____

Nom du titulaire du compte _____ Numéro de compte _____

En cas de virement télégraphique :

Nom de la banque _____ Code BIC (Code SWIFT) _____

Adresse de la succursale _____

Numéro de compte _____ Devise du compte _____

Nom du demandeur _____ Numéro de compte (IBAN) _____

Adresse du titulaire du compte _____

Signature et autorisation

J'ai passé en revue le plan de soins suivant et j'autorise la divulgation de tout renseignement afférent à la présente demande de règlement. Je comprends que je suis responsable de tous les frais de soins dentaires.

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 (Patient ou parent si mineur) Date

Signature (Personne assurée) Date