

## 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	Classe (si applicable)
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, et no de téléphone 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