Veuillez conserver des copies pour vos dossiers, car les reçus originaux ne seront pas retournés

MANION

DEMANDE D'INDEMNITE POUR FRAIS DENTAIRES

PARTIE 1 - DENTISTE

NO UNIQUE SPÉC.

DEMANDE D'INDEMNITÉ AU DENTISTE INDIQUÉ ET AUTORISE LE PAIEMENT DIRECTEMENT À CE DENTISTE

ASSURÉ

NOM PRÉNOM

ADRESSE APT.

VILLE PROV POSTAL CODE

DENTISTE

TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU MEMBRE

RÉSERVÉ AU DENTISTE - RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIQUES, TRAITEMENTS OU AUTRE.

Je comprends que les frais memtionnés dans cette demande peuvent ne pas être couverts ou dépasser le montant des prestations prévu par le régime. Je suis responsable du paiement de l'ensemble du traitement à mon dentiste. Les frais totaux de_____$ sont exacts et m'ont été facturés pour services rendus. J'autorise la divulgation des renseignements inscrits sur la présente demande à ma compagnie d'assurance ou à l'administrateur du régime.

Signature du membre (parent/tuteur)

VÉRIFICATION DU BUREAU

DUPLICATA ☐

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE DE LA DENT	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DE FRAIS
Jour	Mois	Annee						

CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS

TOTAL DE LA DEMANDE :

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

RÉGIME NO. **IDENTIFICATION**

1 Nom et prénom de l'assuré _____ Date de naissance ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

2 Adresse _____ (Rue, Ville) _____ (Téléphone)

Est-ce que c'est par changement d'adresse ? Oui ☐ Non ☐

3 Les frais mentionnés sont-ils couverts par un autre régime collectif ? Oui ☐ Non ☐

Le cas échéant, veuillez préciser. _____ (Nom de la compagnie d'assurance) / _____ (No de la police) / _____ (Matricule)

4 Dentier, pont ou couronne : s'agit-il d'une première pose ? Oui ☐ Non ☐

Si oui : date d'extraction de la dent ou de toute autre dent manquante. _____

Si non : date de la pose précédente et raison du remplacement. _____

S'il s'agit d'une demande d'indemnité pour un(e) conjoint(e) ou un enfant, veuillez répondre aux questions suivantes :

5 Date de naissance de la personne à charge ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

6 Lien de parenté avec le membre Conjoint(e) ☐ Enfant ☐

7 Travailleur? Oui ☐ Non ☐ Étudiant ? Oui ☐ Non ☐

Nom de l'employeur ou de l'établissement _____

8 Si le traitement résulte d'un accident, veuillez indiquer la date et les détails de l'accident. _____

J'autorise que les renseignements contenus dans la présente réclamation soient divulgués à mon assureur ou à mon administrateur de régime, à des fins de traitement de ma réclamation. J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis précédemment sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets. Je consens à ce que l'administrateur de régime utilise les renseignements que je fournirai dans cette réclamation uniquement à des fins de traitement de ma demande. Par la présente, j'autorise l'administrateur de régime à évaluer ma réclamation ou à instruire un sinistre et, uniquement à ces fins et dans la mesure nécessaire pour s'en acquitter, à transmettre mes renseignements personnels (y compris des renseignements sur mon état de santé) à des tiers dûment qualifiés. En vertu de la présente et uniquement dans la mesure nécessaire au traitement de cette réclamation, j'autorise mon employeur ainsi que tout dentiste ou autre professionnel de la santé titulaire d'un permis, tout établissement médical, toute société d'assurance ou tout organisme gouvernemental, toute autre personne ou institution à communiquer les renseignements pertinents à l'administrateur de régime. Je reconnais qu'une photocopie de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

Signature du membre _____ Date _____

SOUMETTRE LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Manion, Wilkins & Associates Ltd.
626-21 Fours Seasons Place, Toronto, Ontario M9B 0A6
Téléphone : 416-234-3511 - Sans frais : 1-866-532-8999