DEMANDE D'INDEMNITE POUR FRAIS DENTAIRES

PARTIE 1 – DENTISTE

N^{O} UNIQUE	N^{O} DE DOSSIER DU PATIENT

Je cède au dentiste nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

_____
Signature du participant

PATIENT

Nom de famille | Prénom

Adresse | Appartement

Ville | Province | Code postal

DENTISTE

N^{O} DE TÉLÉPHONE

RÉSERVÉ AU DENTISTE – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU LES CAS SPÉCIAUX

DUPLICATA ☐

Il se peut que les honoraires indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par mon régime d'assurance ou ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour le traitement dispensé. 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 mon assureur ou à l'administrateur du régime.

_____
Signature du patient *(ou de l'un des parents ou du tuteur)*

VÉRIFICATION/SIGNATURE DU DENTISTE

Date du traitement			CODE DE L'ACTE	CODE INTERN. DE LA DENT	SURFACE DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL
Jour	Mois	Année						

LA PRÉSENTE EST UNE DESCRIPTION EXACTE DES SOINS FOURNIS ET DES HONORAIRES S'Y RAPPORTANT, SAUF ERREUR OU OMISSION

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS :

SOUMETTRE LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A :

Manion Wilkins & Associates Ltd.
626 – 21 Four Seasons Place
Etobicoke, Ontario
M9B 0A6

Téléphone: (416) 234-3511
Sans frais: 1-866-532-8999

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYE

Nom du Plan	No. Du Régime	Numéro D'Identification

1. Nom du participant:

Date de naissance
Jour | Mois | Année

2. Adresse du participant :

Ville | Province | Code postal

3. Avez-vous, vous-même ou votre (vos) personne(s) à charge, une autre assurance qui couvre ces soins? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez préciser

Nom de la compagnie d'assurance | Numéro de contrat | Numéro de certificat

4. S'il s'agit d'une prothèse fixe ou amovible, est-ce la première sur la (les) dent(s) à traiter ou en traitement :
☐ Oui ☐ Non

S'il s'agit d'une première prothèse fixe ou amovible, indiquez la date à laquelle les dents ont été extraites ainsi que les autres dents manquantes.
Date :

Dans le cas d'un remplacement, indiquez la date de la première prothèse et la raison du remplacement.
Date :

5. Si la demande est présentée pour le conjoint ou un enfant, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de naissance de la personne à charge (Jour / Mois / Année)	Lien de parenté avec le salarié	La personne à charge travaille-t-elle?	La personne à charge est-elle étudiante?	Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'employeur ou de l'école
	☐ Conjoint ☐ Enfant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	

6. Si le traitement est nécessaire par suite d'un accident, indiquez la date et la nature de l'accident.

Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. Il est entendu que l'administrateur du régime ne se servira de ces renseignements que pour le traitement de ma demande de règlement. Par la présente, j'autorise l'administrateur du régime à étudier ma demande et à divulguer des renseignements (y compris médicaux) sur ma personne à des tiers concernés, à la seule fin de cette étude et uniquement dans la mesure où c'est nécessaire. J'autorise également mon syndicat, mon médecin ou tout autre spécialiste de la santé, tout établissement médical ou dentaire, toute compagnie d'assurance ou tout organisme gouvernemental, et toute autre personne ou institution à communiquer des renseignements pertinents à l'administrateur du régime à la seule fin du traitement de cette demande. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant	Date	Numéro de téléphone