



1^{re} PARTIE - DENTISTE		N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU (DE LA) PATIENT(E)	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.
P A T I E N T (E)	PRÉNOM _____	NOM _____			SIGNATURE DU (DE LA) PARTICIPANT(E)
	ADRESSE _____	APP. _____			
	VILLE _____	PROV. _____			
	CODE POSTAL _____	TÉLÉPHONE _____			

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

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. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.

DUPLICATA

SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E), DES PARENTS OU DU TUTEUR

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE		CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ À L'ASSUREUR			
JOUR	MOIS	ANNÉE								MONTANT ADMIS	FRÉQ.	%	MONTANT PAYABLE
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.										TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			
COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE										N° DU CHÈQUE _____ DATE _____			
PUISQU'IL S'AGIT D'UN FORMULAIRE NORMALISÉ, LA DEMANDE NE PRÉCISE PAS L'ENDROIT OÙ ELLE DOIT ÊTRE ADRESSÉE. CE RENSEIGNEMENT DÉPEND DE L'ASSUREUR. CONSULTEZ DONC VOTRE LIVRET D'ASSURANCE, LA POLICE D'ASSURANCE OU VOTRE EMPLOYEUR POUR EN CONNAÎTRE LES DÉTAILS.										FRANCHISE _____ PAIEMENT DU (DE LA) PATIENT(E) _____ PAIEMENT DE L'ASSUREUR _____			
* SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE ENVOYÉE DIRECTEMENT À L'ASSUREUR, REMPLISSEZ SEULEMENT LES PARTIES 1, 2 ET 3 DU FORMULAIRE ET ADRESSEZ-LE AU SERVICE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT INDIQUÉ PAR L'ASSUREUR.										N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT _____			
* SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE REMISE À VOTRE EMPLOYEUR, VEUILLEZ LA PRÉSENTER AU BUREAU DU PERSONNEL OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME QUI EN REMPLIRA LA PARTIE 4 ET ENVERRA LE DOCUMENT À L'ASSUREUR.													

2^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) / PARTICIPANT(E) AU RÉGIME

1. N° DE LA POLICE _____

EMPLOYEUR _____

NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____

N° DE CERTIFICAT, D'ASSURANCE SOCIALE OU D'IDENTITÉ _____

DATE DE NAISSANCE _____

JOUR MOIS ANNÉE

3^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E)

1. LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ(E) / PARTICIPANT(E) AU RÉGIME _____

DDN _____ S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉLÈVE / ÉTUDIANT HANDICAPÉ

JOUR MOIS ANNÉE

S'IL EST UN ÉLÈVE / ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____

N° D'IDENTITÉ DU (DE LA) PATIENT(E) _____

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA C.A.T. OU UN RÉGIME D'ASSURANCE GOUVERNEMENTAL? NON OUI

N° DE LA POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU (DE LA) CONJOINT(E) _____

JOUR MOIS ANNÉE

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. NON OUI

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT.

JOUR MOIS ANNÉE

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON OUI

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 DU RÉGIME, ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SIGNIFIE L'ACCEPTATION DE LA POLITIQUE DE L'ASSUREUR SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E), DES PARENTS OU DU TUTEUR _____ DATE (JJ/MM/AAAA) _____

4^e PARTIE - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR, S'IL Y A LIEU (VOIR CI-DESSUS*)

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 RÉLIATION DE L'ASSURANCE	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE										4. TITULAIRE DU RÉGIME _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">DATE</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DATE												_____ SIGNATURE AUTORISÉE _____ (POSTE OU TITRE)
JOUR	MOIS	ANNÉE																										
DATE																												

MC Croix Bleue Medavie est une marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue.