CROIX BLEUE[MC] MEDAVIE

DEMANDE D'INDEMNISATION DES SOINS DENTAIRES - FORMULAIRE NORMALISÉ

644 RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
INFORMATION : 1 800 667-4511

7 PROM. SPECTACLE LAKE - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
INFORMATION : 1 800 667-4511

185, THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
INFORMATION : 1 800 355-9133

Canadian Dental Association / L'Association dentaire canadienne

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

1re 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.

SIGNATURE DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

PATIENT(E)

PRÉNOM _____ NOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____ PROV. _____

CODE POSTAL _____

DENTISTE

TÉLÉPHONE _____

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

DUPLICATA ☐

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.

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

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

MONTANT ADMIS	FRÉQ.	%	MONTANT PAYABLE

N° DU CHÈQUE | DATE

FRANCHISE	PAIEMENT DU (DE LA) PATIENT(E)	PAIEMENT DE L'ASSUREUR

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

N° DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE

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.
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.
* 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.

2e 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)

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

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

DDN _____ (JOUR MOIS ANNÉE) S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉLÈVE / ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ ☐

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. NON ☐ OUI ☐

_____ (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/AA) _____

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

	JOUR	MOIS	ANNÉE
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 RÉSILIATION DE L'ASSURANCE			

4. TITULAIRE DU RÉGIME — DATE (JOUR MOIS ANNÉE)

SIGNATAIRE AUTORISÉ _____

(POSTE OU TITRE) _____

L'INFORMATION DANS CE FORMULAIRE EST CONFIDENTIELLE.

[MC] Service Croix Bleue de l'Atlantique est une marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue.