

Compte de frais dentaires



Association dentaire
canadienne



Association canadienne des
compagnies d'assurances de personnes

1^{re} PARTIE - DENTISTE	N° UNIQUE	SPEC	N° DE DOSSIER DU PATIENT	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.
NOM _____ PRÉNOM _____ ADRESSE _____ APP _____ VILLE _____ PROV _____ CODE POSTAL _____	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE _____		
SIGNATURE DU PARTICIPANT _____				

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES DUPLICATA <input type="checkbox"/>	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. SIGNATURE DU PATIENT, 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
JOUR	MOIS	ANNÉE						

NS Service des règlements - Assurance collective PE 7 Maritime Place NL PO Box 1030 Halifax NS B3J 2X5 902 453 4300	QC Service des règlements - Assurance collective 999 boul de Maisonneuve O Bureau 1200 Montréal QC H3A 3L4 514 288 4300
ON Service des règlements - Assurance collective Maritime Life Tower 2 Queen Street East PO Box 4607 Stn A Toronto ON M5W 4Z3 416 687 5007	AB Service des règlements - Assurance collective 450 - 1st Street SW Suite 3410 Calgary AB T2P 5H1 403 750 7320
BC Service des règlements - Assurance collective MB Assurance collective YT 1055 Dunsmuir Street NT Suite 1404 NU PO Box 49284 Vancouver BC V7X 1L3 604 689 1429	

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

VEUILLEZ EXPÉDIER LA FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE AU BUREAU DE RÈGLEMENTS DE LA MARITIME DE VOTRE RÉGION

2^e PARTIE - SALARIÉ REEMPLIR CETTE PARTIE AVANT DE LA PRÉSENTER AU DENTISTE

1. Nom de l'employeur ou Responsable du régime _____ N° du régime d'assurance _____
2. Nom du salarié _____ Prénom _____ Nom _____ N° d'assurance sociale _____
3. Date de naissance du salarié ____/____/____ Certificat n° (s'il y a lieu) _____
4. Est-ce votre première demande de prestations auprès de La Maritime? NON OUI
5. Adresse _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
6. Les frais ci-dessus sont-ils couverts par une autre compagnie ou une autre source? NON OUI
Laquelle? _____
7. a) Dans le cas d'une prothèse, d'un pont ou d'une couronne, est-ce une pose initiale? NON OUI
b) Si c'est une pose initiale, veuillez indiquer la date de l'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes au maxillaire: _____
c) Si c'est un remplacement, indiquez la date du placement précédent et la raison du remplacement: _____
8. Pour quel membre de la famille les frais ont-ils été encourus? _____ Nom _____ Cocher la case voulue: Salarié Conjoint Fils Fille

Si cette personne est le conjoint ou l'enfant, donner les renseignements suivants:

9. Date de naissance ____/____/____
 Jour Mois Année
10. La personne à charge travaille-t-elle? NON OUI L'enfant fréquente-t-il une école? NON OUI
 Nom de l'employeur ou de l'école _____
11. Si les soins sont attribuables à un accident, date et description _____

J'autorise la divulgation de tout renseignement ou de tout dossier relatif à la présente demande à l'Assureur, à l'Administrateur ou au Titulaire du contrat et je certifie que les renseignements donnés sont à ma connaissance complets et exacts. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour fin d'identification seulement.

Signature du salarié _____ Date _____