ASSURANCE DENTAIRE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

En caractères d'imprimerie s.v.p.

L'Association dentaire canadienne

Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

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 PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES 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 PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

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

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

1. Faites remplir la 1re partie par votre dentiste.
2. Remplissez les 2e et 3e parties réservées au salarié.
3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la 1re partie. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des détails relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.
4. Envoyez la présente demande de règlement à :

Indemnités London
255, avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1
1 800 263-5742
LIGNE ATS - disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais:1 800 990-6654
Téléphone: (204) 946-7281

2e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

Régime n° _____ Division n° _____ Numéro d'identification du salarié _____

Nom de Régime _____

Nom du salarié _____ Date de naissance ____/____/____ (Jour Mois Année)

Adresse du salarié _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

SOUHAITEZ-VOUS QUE TOUTE PORTION NON REMBOURSÉE AU TITRE DE LA PRÉSENTE DEMANDE LE SOIT AU TITRE DE VOTRE COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ ☐ OUI ☐ NON

SI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST PRÉSENTÉE AUX TERMES DU COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ, ÊTES-VOUS, AUTORISÉ À VOUS PRÉVALOIR D'UN CRÉDIT D'IMPÔT POUR FRAIS MÉDICAUX EN VERTU DE LA LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU (CANADA) AU NOM DU PATIENT? ☐ OUI ☐ NON

3e PARTIE - COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté avec le salarié : _____ 2. Date de naissance du patient ____/____/____ (Jour Mois Année)
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus : a) Étudie-t-il à plein temps? ☐ Oui ☐ Non
   b) S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____
   c) Travaille-t-il? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'assuré _____
   Nom de l'autre assureur _____ Police numéro _____
   b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non
   c) Dans l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____/____ (Jour Mois)
6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____
7. La demande a-t-elle été présentée à la CSST? ☐ Oui ☐ Non
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.

_____

M445D(HCSA-L) BIL-5/05

Effacer

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie (‹‹ la Great-West ››), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.