



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DEMANDE DE RÈGLEMENT
SOINS DENTAIRES**

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom)

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les procédés ou l'ajout de considérations particulières :

Dentiste (nom et prénom / adresse / n° de téléphone)

Signature du souscripteur _____

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette demande de règlement et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ \$, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Duplicata Prédétermination

Signature du participant _____
Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

A	DATE		CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
	M	J						

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

Total des frais soumis

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

N° de police Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

N° de certificat Date de naissance A M J Sexe : M F Langue : Fr. Angl.

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE :

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins dentaires, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? Non Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : Individuelle Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance A M J

VEUILLEZ S.V.P. REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.

