

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

**DEMANDE DE RÈGLEMENT
SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT**

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

N° de police Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

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

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 _____

Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette demande de règlement au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

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

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

NOTE – PRIÈRE DE JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LES TRAITEMENTS. Total des frais soumis

1. Numéros des dents endommagées en raison de l'accident _____

2. État des dents avant l'accident. Étaient-elles saines et entières? Préciser _____

3. Si le traitement ne peut être donné immédiatement, préciser la date et la nature du traitement futur et la cause du délai _____

4. Précisions supplémentaires _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus relatifs aux soins et aux honoraires sont exacts et que le traitement donné était indispensable à la suite de l'accident.

Signature du dentiste _____ Date

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE :

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins médicaux, 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
A M J
Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance _____

1. Frais engagés par _____ Date de naissance _____ A M J Lien de parenté _____

2. Date de l'accident _____ A M J

3. Lieu de l'accident _____

4. Circonstances de l'accident _____

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette demande de règlement est véridique et complète.

Si cette demande de règlement est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de règlement; et

(2) **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la demande de règlement.

(3) **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, l'Industrielle Alliance aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

J'ACCEPTÉ que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date _____ A M J

Adresse _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (travail) _____ Poste _____