

DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

SECTION 1. DENTISTE

<p>D Nom _____</p> <p>E Adresse _____</p> <p>N Ville, Province _____</p> <p>T Code postal _____</p> <p>I N° de téléphone _____</p> <p>S N° d'assurance social _____</p> <p>T _____</p> <p>E _____</p>	<p>P Nom _____</p> <p>A Prénom(s) _____</p> <p>T Adresse du domicile _____</p> <p>I Ville _____</p> <p>E Province _____ Code postal _____</p> <p>N _____</p> <p>T _____</p>
---	--

DATE DU TRAITEMENT			CODE DENT TRAIT	CODE DE L'ACTE	SURFACE DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRE DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS		
JOUR	MOIS	ANNÉE								

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés sauf erreur ou omission.

Signature du dentiste _____ Date (J/M/A) _____ **TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS** _____

Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou autres considérations particulières.

<p>Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas remboursables par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient remboursables qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour le coût total des soins rendus. J'autorise mon dentiste à divulguer les renseignements qui apparaissent sur le formulaire de règlement à l'assureur et à l'administrateur du régime.</p> <p>Signature du patient (d'un parent ou tuteur) _____</p>	<p>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.</p> <p>Signature de l'employé _____</p>
--	--

SECTION 2. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des lésions _____

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires? Non Oui Si "OUI", veuillez préciser:

INT. DES DEN.	TRAITEMENT – CODE DE L'ACTE SI POSSIBLE	DATE DU TRAITEMENT PRÉVUE		
		JOUR	MOIS	ANNÉE

3. Décrivez les problèmes potentiels et dites dans combien de temps ils pourraient survenir : _____

Date (J/M/A) _____ Signature du dentiste _____

■ ■ ■
SECTION 3. DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom complet de l'employé _____

Adresse complète de l'employé _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance (J/M/A) _____

Veillez préciser la date de l'accident _____ 20 _____ à _____ a.m./p.m. _____

Où l'accident s'est-il produit? _____

Comment l'accident s'est-il produit? _____

Date du premier traitement _____

Date de naissance (J/M/A) _____

Lien de parenté avec la personne assurée _____

Si la demande concerne une personne à charge qui est âgée de 21 ans et plus, indiquez le nom de l'établissement scolaire qu'elle fréquente et la date où le patient a fréquenté cet établissement à plein temps pour la dernière fois.

Nom de l'établissement scolaire _____ Date fréquentée pour la dernière fois (J/M/A) _____

Avez-vous reçu des services ou des prestations d'assurance-soins dentaire d'un autre régime d'assurance collective ou d'assurance-soins dentaire? Oui Non

Si "OUI", indiquer le n° de la police _____ Nom de la compagnie d'assurance _____

J'autorise, par la présente, la divulgation de tout renseignement qui se rapporte à la présente demande à la compagnie d'assurance et à l'administrateur du régime. Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets.

Date _____ Signature de l'employé _____

Faites parvenir votre demande de règlement dûment complétée à l'adresse suivante :
Régime d'assurance collective des Chambres de commerce
582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1