

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

Veillez écrire en lettres moulées. Le dentiste doit compléter la partie ombragée. L'employé complète toutes les autres sections. Avant de poster la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à TOUTES les questions. **Les réponses insuffisantes et incomplètes risquent de retarder le traitement de la demande.**
Régime d'assurance collective des Chambres de commerce, 582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1

N° Unique	Spéc.	N° de dossier du patient	P Nom _____ A Prénom(s) _____ T Adresse du domicile _____ I Ville _____ E Province _____ Code postal _____ N T
D E N T I S T E	_____		

N° de téléphone		_____	

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DEN.	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES. CESSION FACULTATIVE DES INDEMNITÉS 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 de l'employé _____
JOUR	MOIS	ANNÉE							
TOTAL DES HONORAIRES									

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés sauf erreur ou omission. **Signature du dentiste** _____

- Nom de l'entreprise** _____
Nom et adresse de l'employé _____
- Date de naissance de l'employé (J/M/A) _____
- Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif? Non Oui
Si « Oui », indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré : _____ N° de police _____
Nom et adresse de l'assureur _____
- Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident? Non Oui
Si « Oui », indiquez la date et donnez précisions sur une feuille distincte. _____
- La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? Non Oui
Si « Oui », précisez le nom de l'enfant : _____
L'enfant : a une incapacité physique/mentale
 est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'école suivante : (Nom de l'établissement d'enseignement) _____
- S'agit-il d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont? Non Oui Est-ce la première mise en bouche? Non Oui
S'il y a eu un remplacement, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. _____
- Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non Oui

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime d'avantages sociaux. Je certifie que les réponses ci-dessus sont, pour autant que je sache, complètes et entières, et que les reçus ci-joints constituent une demande de règlement des frais engagés pour les soins rendus à moi et/ou aux membres admissibles de ma famille. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement de prestations, le cas échéant. Je comprend que les frais indiqués sur ce formulaire peuvent ne pas être remboursables ou ne l'être qu'en partie. Je reconnais donc que je suis financièrement responsable pour le coût total des services reçus et que la présente ne constitue qu'une demande de règlement des frais admissibles. J'autorise, par la présente, le Régime des Chambres de commerce, ses courtiers et ses fournisseurs de service, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute autre compagnie d'assurance, tout organisme ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec le Régime des Chambres de commerce et ses compagnies d'assurance à échanger les renseignements, au besoin aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime d'avantages sociaux. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale.