

FORMULE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DENTAIRES

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR LA PRÉSENTE FORMULE SONT CONFIDENTIELS

PARTIE 1 – DENTISTE			N° UNIQUE <input type="checkbox"/> SPÉC. <input type="checkbox"/> N° DE DOSSIER DU PATIENT			PAR LA PRÉSENTE, JE CÈDE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÉGLEMENT AU DENTISTE DÉSIGNÉ(E) ET AUTORISE QUE LE PAIEMENT LUI SOIT VERSÉ DIRECTEMENT.								
C L I E N T N° DE TÉLÉPHONE	D E N T I S T E NOM ADRESSE EMAIL N° DE TÉLÉPHONE					SIGNATURE DU PARTICIPANT								
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.			Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont reçus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge, je reconnais que celui-ci, celle-ci ou ceux-ci ont examiné et accepté les conditions générales, l'avis de non-responsabilité et la Politique de confidentialité (https://www.securindemnite.com/privacy). Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés ci-dessus ainsi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services. J'autorise Sécurité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec Sécurité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé. Je comprends et j'accepte que Sécurité procède à la vérification des demandes d'indemnité que j'aurai soumises y compris, mais sans s'y limiter, aux fins de prévention et de détection de fraudes. J'autorise Sécurité et toute personne agissant en son nom à divulguer cette demande d'indemnité et tous les renseignements personnels qu'elle contient au répondant du régime de prestations/employeur aux fins de signalement de possibles demandes d'indemnité frauduleuses. Je déclare être au courant que dans certaines circonstances permises par la loi, Sécurité, ou toute personne agissant en son nom, peut être tenue de divulguer, ou avoir reçu la permission de le faire, cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient, y compris des renseignements personnels, à mon insu et sans mon consentement ou sans le consentement de la personne à qui ces renseignements se rapportent. Dans toutes autres circonstances, Sécurité respectera la Politique de confidentialité de Sécurité en matière de divulgation des renseignements personnels (https://www.securindemnite.com/privacy). Nous pouvons réviser l'avis de non-responsabilité de temps à autre, et nous afficherons la version la plus récente sur notre site Web : https://www.securindemnite.com/ . Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et que vous utilisez la plus récente version de l'avis de non-conformité. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'avis de non-conformité révisé.											
DUPLICATA			SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR											
VÉRIFICATION – BUREAU														
							RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME							
DATE DU TRAITEMENT	JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SUR-FACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	MONTANT ADMIS	FRÉQ	%	MONTANT PAYABLE PAR LE PATIENT	
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF POUR LES ERREURS OU OMISSIONS.			TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				N° DU CHÉQUE				DATE			
							FRANCHISE				MONTANT DU PATIENT		MONTANT COUVERT PAR LE RÉGIME	
							N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION							

PARTIE 2 – EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME / ASSURÉ

1. N° RÉGIME / ASSURANCE COLLECTIVE _____ No DIVISION / SECTION _____

EMPLOYEUR _____

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DU RÉGIME _____

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
 No DECERT. _____
 OU No ID. _____

DATE DE NAISSANCE _____
 JOUR MOIS ANNÉE

EMAIL _____

3. DÉSIREZ-VOUS QUE LES FRAIS NON REMBOURSÉS DE CETTE RÉCLAMATION SOIENT PAYÉS DIRECTEMENT DE VOTRE COMPTE DE SOINS SANTÉ (SI ADMISSIBLES)? OUI NON

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____

DATE DE NAISSANCE _____
 JOUR MOIS ANNÉE

S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉTUDIANT HANDICAPÉ

S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____

No ID. DU PATIENT _____

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA C.A.T., OU UN RÉGIME D'ASSURANCE D'ÉTAT NON OUI

No DE POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____

NOM DE L'AUTRE RÉGIME OU COMPAGNIE D'ASSURANCE _____

3. LE TRAITEMENT EST-IL REQUIS À LA SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE À PART NON OUI

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UN PONT OU UNE COURONNE, EST-CE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT NON OUI

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON OUI

6. JE CONSENS À CE QUE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER EXIGÉ AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIT DIVULGUÉ À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS, EXACTS ET COMPLETS.

DATE _____
 JOUR MOIS ANNÉE

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____

PARTIE 4 – À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR S'IL Y A LIEU

1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE	Jour	Mois	Année	TITULAIRE DU RÉGIME	Jour	Mois	Année	
2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE								SIGNATAIRE AUTORISÉ
3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE.								(POSTE OU TITRE)

LES PRESTATIONS SONT PAYABLES AU PARTICIPANT AU RÉGIME À MOINS QUE CE NE SOIT ATTRIBUÉ AUTREMENT. VEUILLEZ SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT À:
 *** REMARQUE; NE PAS AGRAFER NI COLLER LES REÇUS AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ***