

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

Si les informations contenues à la partie A sont inexactes ou incomplètes, veuillez remplir la partie B.

A.

Groupe : _____ Employeur : _____
N° d'identification : _____

B.

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Téléphone : _____
Groupe : _____ Employeur : _____
N° d'identification : _____

IMPORTANT 1. Pour les enfants à charge de 18 à 26 ans, remplir la partie 2 de ce formulaire.
2. Si les soins sont requis par suite d'un accident, remplir la partie 3 de ce formulaire et joindre la(les) radiographies(s).
3. Votre demande de prestations doit nous parvenir au plus tard dans les 12 mois de la date où les frais ont été engagés et les services rendus.

1- RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E) :

Nom de l'employeur : _____
N° de tél. de l'adhérent(e) à la maison _____
au travail _____
Date de naissance de l'adhérent(e) : _____
Année Mois Jour

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :

Lien de parenté avec l'adhérent(e) :
 conjoint(e) autre enfant
Date de naissance _____
Année Mois Jour Prénom

Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective dentaire, de la CSST ou d'un régime d'assurance du Gouvernement? Non Oui N° de contrat : _____
Date de naissance du (de la) conjoint(e) _____
Année Mois Jour Nom de l'assureur ou du régime : _____

2- ATTESTATION D'ÉTUDES POUR ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 17 ANS OU 20 ANS SELON VOTRE CONTRAT

Je déclare que mon enfant, _____ est célibataire et fréquente l'école secondaire, le collège ou
l'université _____ . Il suit des cours en _____ à titre d'étudiant à temps plein, à la session
d'automne _____ ou à la session d'hiver _____ .
Année Année Prénom Discipline

3- SOINS DENTAIRES REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT

Non Oui Si oui, indiquer la date, _____
donner des précisions et joindre la(les) **RADIOGRAPHIE(S)**.

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS OU DOSSIERS EXIGÉS AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

Année Mois Jour

Signature de l'adhérent(e)

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

(DENTAIRE-F) CPRDF1 (2017-11-29)

**DEMANDE DE RÉGLEMENT
POUR SOINS DENTAIRES**
FORMULE STANDARD
APPROUÉE PAR
L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES
DU QUÉBEC

| | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|-----------------|
| D E N T I S T E | Nom : | Nom du patient | Prénom(s) |
| | Adresse : | _____ | |
| | Ville, province : | Adresse | App. |
| | Code postal : | Ville | Province |
| | Tél. : N° de permis : | Code postal | N° de téléphone |

N.B. : un reçu dûment identifié ou le sceau du professionnel sera requis pour le remboursement.

| Date du traitement | | | Code internat de la dent. | Code de l'acte | Surface ou Sextant | Frais de laboratoire | Honoraires du dentiste | Au total | | | | | | |
|--------------------|------|------|---------------------------|----------------|--------------------|----------------------|------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|
| Année | Mois | Jour | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| La présente est une déclaration exacte des soins rendus ou à rendre dans le cas d'un plan de traitement et des honoraires demandés sans erreurs et omissions. _____ Signature du dentiste | Total des honoraires demandés | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------|-------|------|-------|--|--|--|--|
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th>Date</th><th>Année</th><th>Mois</th><th>Jour</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> DUPLICATA</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de traitement</p> <p>Cet estimé n'est valide que pour 60 jours. Les honoraires ne tiennent pas compte des complications qui peuvent survenir pendant ou après le traitement. Les frais de laboratoire sont approximatifs.</p> <p>Aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire.</p> | Date | Année | Mois | Jour | TOTAL | | | | |
| Date | Année | Mois | Jour | TOTAL | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Il se peut que les honoraires et les frais indiqués sur ce formulaire ne soient pas couverts par la garantie de mon assurance ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Je comprends donc qu'il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit intégralement rémunéré pour le traitement rendu. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à mon organisme assureur ou à ses mandataires.

Signature du patient (ou parent/tuteur)

Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et les cas spéciaux.

IMPORTANT

L'adhérent(e) doit dûment remplir le verso de ce formulaire et y apposer sa signature.

N.B. : Un reçu officiel ou le sceau du professionnel sera requis pour le remboursement.

Beneva désigne La Capitale Assureur de l'administration publique inc en sa qualité d'assureur.