

## SECTION 1 : DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR L'ADHÉRENT

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Nom complet : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

### NOM DE LA PERSONNE BLESSÉE

Nom complet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Province ou pays où l'accident a eu lieu : \_\_\_\_\_

Description de l'accident (comment l'accident a-t-il eu lieu, que s'est-il produit, etc.) : \_\_\_\_\_

### AUTRE COUVERTURE (Soins de santé et dentaires)

Une autre police d'assurance couvre-t-elle les frais de soins de santé ou de soins dentaires liés au présent accident?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'autre assureur : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, tous les renseignements contenus dans ce document sont véridiques, exacts et complets.

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## SECTION 2: DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES

### RENSEIGNEMENTS DENTAIRES

Des **radiographies** des dents touchées prises **AVANT L'ACCIDENT**, ainsi que des radiographies prises **APRÈS L'ACCIDENT** (lors de la visite initiale au sujet de l'accident) sont requises à des fins d'évaluation dans le cadre de tous les dossiers de soins dentaires à la suite d'un accident.

**Veillez COCHER le ou les numéros correspondant à la ou les dents endommagées par l'accident (selon la nomenclature de la Fédération dentaire internationale).**

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

La ou les dents endommagées étaient-elles entières/saines?  Oui  Non

**(Une dent naturelle saine est une dent complète, exempte de carie, de maladie parodontale ou d'autres troubles et qui ne nécessite aucun traitement pour une autre raison que la blessure accidentelle.)**

Indiquez les dents endommagées qui ont déjà fait l'objet d'une restauration : \_\_\_\_\_

Indiquez les dents endommagées qui ont déjà eu des couronnes ou des ponts fixes : \_\_\_\_\_

Indiquez les dents endommagées qui ont déjà fait l'objet d'un traitement de canal : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR LE DENTISTE

Nom du dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Vérification du cabinet/signature : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ SOUMETTRE MANUELLEMENT TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT PORTANT SUR LES SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT AINSI QUE TOUS LES PLANS DE TRAITEMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :**  
CROIX BLEUE MEDAVIE

Unité de soins dentaires à la suite d'un accident, 644, rue Main, C.P. 220, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

Demandes téléphoniques : 1-800-667-4511

Courriel : [inquiry@medavie.croixbleue.ca](mailto:inquiry@medavie.croixbleue.ca) À l'attention de : Soins dentaires à la suite d'un accident

N° de télécopieur pour les adhérents : 506-867-4651 À l'attention de : Soins dentaires à la suite d'un accident

N° de télécopieur pour les fournisseurs : 506-869-9669 À l'attention de : Soins dentaires à la suite d'un accident

