



Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

1^{re} PARTIE - DENTISTE		N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	Je cède au dentiste nommé dans la présente les prestations payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.
P A T I E N T	PRÉNOM _____ NOM _____	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE _____		
	ADRESSE _____ APP. _____				
	VILLE _____				
	PROV. _____ CODE POSTAL _____				
					SIGNATURE DE L'ADHÉRENT _____

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

Il se peut que les frais indiqués dans cette demande de règlement ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus.

Je reconnais que le total des honoraires s'élève à _____\$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins recus.

Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommé désigné.

SIGNATURE DU PATIENT (PARENT/TUTEUR)

DUPLICATA ☐

VÉRIFICATION

[illegible]

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Puisqu'il s'agit d'un formulaire normalisé, il ne précise pas l'endroit où il doit être adressé. Ce renseignement dépend de l'assureur. Consultez donc votre brochure d'assurance, la police d'assurance ou votre employeur pour obtenir davantage de précisions.

Si la demande de règlement doit être envoyée directement à l'assureur, remplissez seulement les parties 1, 2 et 3 du formulaire et adressez-le au service des demandes de règlement indiqué par l'assureur.

*Si la demande de règlement doit être remise à votre employeur, veuillez la présenter à l'administrateur du régime qui en remplira la partie 4 et enverra le document à l'assureur.

2^e PARTIE - DÉPÔT DIRECT

VOUS VOULEZ RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT PLUS RAPIDEMENT? INSCRIVEZ-VOUS AU DÉPÔT DIRECT.

NUMÉRO DE TRANSIT DE LA BANQUE : [] [] [] [] [] [] [] []
 (TRANSIT-5 CHIFFRES) SUCCURSALE- 3 CHIFFRES)

NUMÉRO DU COMPTE BANCAIRE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / L'ADHÉRENT

1. N° DE LA POLICE _____	2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
EMPLOYEUR _____	N° DE CERTIFICAT OU D'IDENTITÉ _____
NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) _____

4^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ / L'ADHÉRENT _____ DDN (JJ/MM/AAAA) _____ S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ ☐ S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____ N° D'ID DU PATIENT : _____	3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. NON ☐ OUI ☐ 4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, 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 ☐ _____ JOUR MOIS ANNÉE 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 DU RÉGIME, ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SIGNIFIE L'ACCEPTATION DE LA POLITIQUE DE L'ASSUREUR SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.
---	--

SIGNATURE DU PATIENT (PARENT/TUTEUR) _____
DATE (JJ/MM/AAAA) _____

5^e PARTIE - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DE LA POLICE / EMPLOYEUR, S'IL Y A LIEU (VOIR CI-DESSUS*)

1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE
2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE
3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

JOUR	MOIS	ANNÉE

4. TITULAIRE DE LA POLICE

DATE		
JOUR	MOIS	ANNÉE

SIGNATURE AUTORISÉE

3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE (POSTE OU TITRE)

L'INFORMATION DANS CE FORMULAIRE EST CONFIDENTIELLE.

MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue. La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure toutes les garanties d'assurance vie et invalidité.

FORM-013F 09/22