CROIX BLEUE[MD]

Assurance collective

C.P. 3300, Succursale « B », Montréal (Québec) H3B 4Y5
Tél. : (514) 286-8430

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

À L'USAGE DU DENTISTE

Les services dentaires ont été rendus ☐ sont prévus (préévaluation) ☐

Nom du **dentiste** _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

N° de PERMIS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom du **patient** _____

Prénom(s) _____

Adresse _____ app. ____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Date du traitement j	m	a	Code int. des dents	Code du procédé	Surface desdents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.

_____
Signature du dentiste

Total des honoraires demandés

Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
jour mois année

Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les procédés, les complications et considérations spéciales.

_____

_____

_____

AUTORISATION

Je comprends que je suis responsable envers mon dentiste pour le coût total du traitement. J'autorise la communication des renseignements contenus dans la présente demande à ma compagnie d'assurance ou à ses représentants.

_____
Signature du (de la) patient(e) (ou parent/tuteur/trice)

À L'USAGE DU SOUSCRIPTEUR

- vos numéros de groupe et de certificat sont INDISPENSABLES au traitement de votre demande de règlement;
- les signatures demandées sont OBLIGATOIRES.

Nom _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

N° de groupe _____

N° de certificat _____

Adresse _____ app. ____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone : Domicile _____

Bureau _____

Lien de parenté du patient
conjoint ☐ fils ☐ fille ☐

Date de naissance
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
jour mois année

Enfant à charge de 18 ou 21 ans et plus (selon votre contrat)
étudiant ☐ handicapé ☐

Si étudiant, nom de l'institution fréquentée :

_____

Session :

_____

PAIEMENT

Le montant du remboursement des services rendus doit-il être versé au dentiste ? Oui ☐ Non ☐ Initiales du souscripteur _____

Détenez-vous une autre assurance soins dentaires ? Oui ☐ Non ☐ Votre conjoint détient-il une assurance soins dentaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom de l'autre assureur : _____

N.B. : Le conjoint qui est couvert par un autre contrat d'assurance doit présenter sa demande de règlement à cet assureur et fournir par la suite à la Croix Bleue Assurance collective le relevé de paiement accompagné d'une copie du formulaire soumis à son assureur. Les demandes relatives aux enfants doivent être présentées à l'assurance du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

Cette demande porte-t-elle sur des soins donnés par suite d'un accident ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, date de l'accident : _____ Lieu et circonstances : _____

Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, est-ce la première mise en bouche ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, date d'extraction : _____ faite par Dr _____

Si non, date de la pose précédente : _____ faite par Dr _____

Raison du remplacement : _____

J'atteste que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques, et j'autorise la divulgation à l'assureur de tout renseignement relatif à cette demande.

Date : _____ Signature du souscripteur : _____