

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------------------|--------------------|---|----------------------|-----------------------|---|------|--|--|-------------------------------|
| 1^{RE} PARTIE - FOURNISSEUR | | | | N° unique | Spéc | N° dossier du patient | Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. | | | | |
| P A T I E N T | Nom | Prénom | | F O U R N I S S E U R | Téléphone | | | | | | Signature du membre du régime |
| Adresse | | App. | | | | | | | | | |
| Ville | | Province | Code postal | | | | | | | | |
| Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, procédures ou autres considérations particulières. | | | | <p>Il se peut que les frais indiqués sur cette demande 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 fournisseur 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 reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.</p> <p>J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans ce formulaire.</p> <p>Signature du patient (des parents ou du tuteur) _____</p> | | | | | | | |
| Duplicata <input type="checkbox"/> | | | | Vérification du bureau | | | | | | | |
| Date du traitement | Code de la procédure | Code int. des dents | Surfaces des dents | Honoraires du fournisseur | Frais de laboratoire | Total des frais | Montant admis | Code | | | |
| Jr | Mo | An | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. | | | | Total des honoraires demandés | | | | | | | |

Comment soumettre la demande

Veillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification Green Shield pour les renseignements exacts). Les formulaires de demande de règlement incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations)

| | | | |
|--|--|---|--|
| 2^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) / MEMBRE DU RÉGIME | | | |
| Nom du membre du régime(en lettres moulées) | | N° d'identification du membre du régime | Date de naissance du membre du régime |
| Nom de famille Prénoms | | - 0 0 | Année Mois Jour |
| 3^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT | | | |
| Nom du patient (en lettres moulées) | | N° d'identification du patient | Date de naissance du patient |
| Nom de famille Prénoms | | - | Année Mois Jour |
| <p>1. Patient : Relation au membre du régime _____</p> <p>S'il s'agit d'un enfant, est-il étudiant <input type="checkbox"/> handicapé <input type="checkbox"/></p> <p>S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire _____</p> <p>2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la C.S.P.A.A.T. ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental ?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____</p> <p>Nom de l'autre assureur ou du régime _____</p> | | <p>3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident ? Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée. Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>4. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche ? Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>5. Des soins orthodontiques sont-ils requis ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: x-small;">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.</p> | |
| Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels. | | Signature du membre du régime _____ | Date _____ Jour Mois Année |

En signant ce formulaire de demande de règlement et/ou en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon(Ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.