

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							Signature du souscripteur
Adresse			App.								
Ville		Province	Code postal				Téléphone				
Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, procédures ou autres considérations particulières.				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. J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans ce formulaire. Signature du patient (des parents ou du tuteur) _____							
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

Veuillez 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) / SOUSCRIPTEUR AU RÉGIME		
Nom du souscripteur (en lettres moulées)	N° d'identification du souscripteur	Date de naissance du souscripteur
_____	- 0 0	Année Mois Jour
Nom de famille Prénoms		

3^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom du patient (en lettres moulées)	N° d'identification du patient	Date de naissance du patient
_____	-	Année Mois Jour
Nom de famille Prénoms		
<p>1. Patient : lien de parenté avec le patient _____</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>		
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.		
Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.		Date
Signature du patient _____		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.