

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom) _____ Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les procédés ou l'ajout de considérations particulières : _____ Duplicata <input type="checkbox"/> Prédétermination <input type="checkbox"/>	Dentiste (nom et prénom / adresse / n° de téléphone) _____ _____ _____ _____ Signature du souscripteur _____ Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette réclamation et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ \$, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus. Signature du participant _____ Vérification (dentiste) _____
---	--

Traitements et services donnés au patient

DATE			CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
A	M	J						

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable. **Total des frais soumis**

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

N° de police Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

N° de certificat Date de naissance Sexe : M F Langue : Fr. Angl.

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE :

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins dentaires, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? Non Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : Individuelle Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance

VEUILLEZ S.V.P. REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.

1. Si les frais engagés le sont pour une personne à charge, donner les renseignements suivants :

Nom de la personne à charge _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance

A	M	J

Enfant de 18 ans et plus : Handicapé Étudiant à temps plein Nom de l'établissement d'enseignement _____

2. Si la réclamation résulte d'un accident, préciser : Accident au travail Accident d'automobile Autre
et remplir le formulaire *Réclamation soins dentaires en cas d'accident (F54-267)*.

3. Est-ce que des traitements à des fins orthodontiques sont prévus? Oui Non

4. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il d'une première pose? Oui Non

SI OUI, bien vouloir fournir les radiographies d'avant le traitement.

SI NON, préciser la date de la pose précédente

A	M	J

 et la nécessité du remplacement _____

5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle? Oui Non

SI OUI, préciser la date de la dernière pose

A	M	J

 et la nécessité du remplacement _____

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette réclamation est véridique et complète.

Si cette réclamation est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la réclamation; et

(2) **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la réclamation.

(3) **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

J'ACCEPTÉ que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date

A	M	J

Adresse _____ Code postal

--	--	--	--	--

Tél. (domicile)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. (travail)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Poste

--	--	--	--