



# Formulaire de demande de règlement pour soins dentaires

Duplicata  Prédétermination

## Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U. section locale 71

### DENTISTE

P A T I E N T	Nom (nom, prénom)			F O U R N I S S E U R	Nº unique	Spécialité	Nº de dossier du patient	Par la présente, je cède les prestations payables en vertu de cette demande au dentiste indiqué et je consens à ce qu'elles lui soient directement versées.  <hr/> Signature du membre
	Adresse				Nom/adresse			
	Ville	Province	Code postal		Numéro de téléphone			

Réservez au dentiste – pour renseignements complémentaires, diagnostic, procédure ou considérations particulières.

Je comprends que les frais indiqués dans cette demande pourraient ne pas être couverts par mes droits aux prestations ou qu'ils pourraient les excéder. Je comprends que je suis financièrement responsable envers mon dentiste pour l'intégralité du traitement. Je reconnais que la totalité des frais de \_\_\_\_\_ \$ est exacte, et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

J'autorise la divulgation de l'information contenue dans cette demande à l'administrateur.

---

Signature du patient (parent/tuteur)

Vérification par le cabinet :

Ce traitement était-il urgent?  Non  Oui – Veuillez fournir des détails

***Si les frais sont supérieurs à 300,00 \$, soumettre la demande pour prédétermination des prestations.***

Date du service (MM/JJ/AA)	Code de la procédure	Code des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

Le défaut de fournir les codes des procédures peut retarder le traitement de la demande.

**Grand total**

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Remplissez cette section avant de remettre le formulaire à votre dentiste

1. Patient – lien avec le participant :  Si enfant à charge, cocher <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Atteint d'une invalidité  Si étudiant, indiquer l'établissement scolaire : _____  Date d'inscription : _____ Date de fin : _____	Date de naissance : _____	3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident, d'une maladie professionnelle ou d'une blessure, ou liés à l'emploi?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – détailler séparément.
2. Ces soins dentaires sont-ils payés par une autre assurance collective, un organisme gouvernemental, la C.A.T. ou un régime différent? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – joindre l'attestation de coassurance.  Dans le cas d'un enfant, indiquer la date de naissance du conjoint : _____	4. Si une prothèse, couronne ou pont : première mise en bouche? <input type="checkbox"/> Oui  Si Oui, indiquer la date d'extraction _____  Indiquer les autres dents manquantes _____  Si Non, indiquer la date de mise en bouche précédente et la raison du remplacement _____	<input type="checkbox"/> Non
5. Des soins orthodontiques sont-ils requis?  Des soins à l'ATM sont-ils requis?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Numéro de groupe 61084	Nom du régime <b>Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U. section locale 71</b>		Assureur Telus AdjudiCare	Numéro de l'assureur 000034
Nom (nom, prénom)		Nº de cert. ou d'ident.	Date de naissance	
Adresse		Province	Code postal	Numéro de téléphone

**Si une portion de votre demande n'est pas remboursée, voulez-vous qu'elle soit débitée de votre compte de gestion santé (CGS)?  Oui  Non**

Par la présente, j'autorise les fournisseurs de soins de santé, l'administrateur de mon régime, mon employeur, les compagnies d'assurance, d'autres organisations ou les fournisseurs d'avantages sociaux qui travaillent avec Ellement Consulting Group à échanger de l'information, au besoin, dans le but de régler cette demande et d'administrer le régime collectif. Je consens à ce que les renseignements contenus dans cette demande soient divulgués à l'assureur/l'administrateur du régime, ou encore, à son représentant ou à son conseiller autorisé, dans le but de régler cette demande. Je comprends que les données recueillies demeureront strictement confidentielles et seront utilisées dans l'unique but d'évaluer la demande et d'administrer le régime d'avantages sociaux collectif. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont fidèles, exacts et complets et que chacune des dépenses indiquées ci-dessus concerne des soins médicaux que moi-même ou mes personnes à charge avons reçus. Je comprends que les frais indiqués dans cette demande pourraient ne pas être couverts par mes droits aux prestations ou qu'ils pourraient les excéder. Je comprends que je suis financièrement responsable envers le fournisseur de services pour la totalité des frais. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

Mois Jour Année

\_\_\_\_\_  
Signature du membre (à l'encre)

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

### Administrateur du régime



Ellement Consulting Group  
1345, avenue Taylor | Winnipeg | MB | R3M 3Y9

Téléc. : 844.736.5600

Courriel : [UALocal71@ellement.ca](mailto:UALocal71@ellement.ca)

Tél. : 613.319.6266 | 1.844.431.6266

Page 1 de 1