



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	N° unique	Spécialité	N° 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. Signature du membre
	Adresse			Nom/adresse			
	Ville	Province		Code postal	Numéro de téléphone		
Réservé 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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							
1. Patient – lien avec le participant : _____ Date de naissance : _____ 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 : _____				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 <input type="checkbox"/> Non 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 _____			
				5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Des soins à l'ATM sont-ils requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE							
Numéro de groupe 61084		Nom du régime Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U. section locale 71		Assureur Telus AdjudiCare		Numéro de l'assureur 000034	
Nom (nom, prénom)				N° 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 _____							