



Demande de règlement pour blessure accidentelle aux dents

**Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise	Numéro de certificat
---------------------	----------------------

Le dentiste doit remplir les parties 1 et 2. L'employé remplit la partie 3. Pour éviter tout retard dans le traitement de la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

PARTIE 1 - DENTISTE

Numéro unique _____ **Spéc.** _____ **Numéro de dossier du patient** _____

D
E
N
T
I
S
T
E

Numéro de téléphone _____

P
A
T
I
E
N
T

Nom du patient _____

Adresse (domicile) _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE				CODE INT. DES DENTS		SURFACES DES DENTS			HONORAIRES DU DENTISTE			FRAIS DE LABORATOIRE			TOTAL DES FRAIS					
ANNÉE	MOIS	JOUR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
											TOTAL DES HONORAIRES												

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

CESSION FACULTATIVE DES INDEMNITÉS

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature
de l'employé _____

Voici un relevé exact des services rendus et du total des honoraires payables, sauf erreurs ou omissions. **Signature du dentiste** _____

PARTIE 2 - RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des lésions _____

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

CODE INT. DES DENTS	TRAITEMENT - CODE DE L'ACTE, SI POSSIBLE	DATE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
		AAAA	MM	JJ

3. Décrivez les problèmes potentiels et dites dans combien de temps ils pourraient survenir. _____

Signature du dentiste _____ Date _____

Demande de règlement pour blessure accidentelle aux dents (suite)

PARTIE 3 - DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

1. Nom de l'employeur _____
2. Nom et adresse de l'employé _____
_____ Date de naissance de l'employé (AAAA/MM/JJ) _____
3. Lien de parenté du patient avec l'employé _____ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) _____
4. Si votre entreprise a un **Compte gestion santé**, veuillez appliquer le solde de cette demande de règlement à cette garantie. Non Oui
5. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré. _____
Nom de l'assureur _____ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) _____
6. Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions sur l'accident. _____
7. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? Non Oui
L'enfant : a une incapacité physique/mentale (Une preuve médicale peut être demandée.)
 est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) _____
8. S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Non Oui
Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. _____
9. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non Oui
10. Veuillez préciser la date de l'accident. _____ 20 _____ à _____ heure.
11. Lieu de l'accident _____
12. Est-ce un accident relié au travail? Non Oui
13. Date du premier traitement (AAAA/MM/JJ) _____
14. Veuillez donner des précisions sur l'accident. _____

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

Si la demande de règlement comprend un montant aux termes du Compte gestion santé, j'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon les dispositions du Compte gestion santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, je serai la seule personne responsable des impôts à payer.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie, accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :
Régime d'assurance collective des chambres de commerce, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1 800 294-4080 • Télécopieur 1 800 457-8410

Assureur : Desjardins Assurances

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

LE RÉGIME NE REMBOURSE PAS LES HONORAIRES QUE POURRAIT ÊTRE EXIGÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE.

CH_dentalaccidentclaim_0917_f