La Maritime, compagnie d'assurance-vie

Soins dentaires

Association dentaire canadienne

La Maritime

PATIENT		DENTISTE	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	Nº UNIQUE / SPEC. / Nº DE DOSSIER DU PATIENT	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.
ADRESSE			
VILLE / PROV.	CODE POSTAL	Nº DE TÉLÉPHONE	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

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

DUPLICATA ☐

LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT SONT NÉCESSAIRES POUR LES ESTIMATIONS/DEMANDES DE RÈGLEMENT PORTANT SUR LES SOINS MAJEURS.

IL EST ENTENDU QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL EST ENTENDU QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE AUPRÈS DE MON DENTISTE DE LA TOTALITÉ DU TRAITEMENT.
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.

VÉRIFICATION

SIGNATURE DU PATIENT (PARENT/TUTEUR)

DATE DU TRAITEMENT AAAA	MM	JJ	CODE DE PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	FACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS		

NS Service des règlements - Asssurance collective
NB
PE 7 Maritime Place
NL PO Box 1030
Halifax NS B3J 2X5
902 453 4300

QC Service des règlements - Asssurance collective
Bureau 1200
999 boul de Maisonneuve O
Montréal QC H3A 3L4
514 288 4300

ON Service des règlements - Asssurance collective
Maritime Life Tower
2 Queen Street East
PO Box 4607 Stn A
Toronto ON M5W 4Z3
416 687 5007

AB Service des règlements - Asssurance collective
MB
SK Suite 3410
450 - 1st Street SW
Calgary AB T2P 5H1
403 750 7320

BC Service des règlements - Asssurance collective
YT
NT Suite 1404
NU 1055 Dunsmuir Street
PO Box 49284
Vancouver BC V7X 1L3
604 689 1429

DHL Express (Canada) Ltee. — **Promoteur du régime / employeur**

961281 — Nº de police

Nº d'identification du participant

Participant — Nom de famille — Prénom(s) — Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Participant — Adresse — Nº — Rue — Ville — Province — Code postal

Patient — Nom — Prénom(s) — Lien de parenté — Date de naissance (aaaa/mm/jj)

1. La personne à charge travaille-t-elle? ☐ Non ☐ Oui ou La personne à charge est-elle étudiante? ☐ Non ☐ Oui
2. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : _____ Nom de l'assureur _____ Nº de police
3. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la résiliation _____ (aaaa/mm/jj)
   Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à La Maritime et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les enfants doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.
4. Dans le cas d'une prothèse, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation (avec ou sans recouvrement), s'agit-il d'une pose initiale? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, veuillez préciser la ou les dates d'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes sur l'arcade dentaire _____ (aaaa/mm/jj)
5. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez préciser la date de la mise en bouche précédente et les motifs du remplacement _____ (aaaa/mm/jj)
   Motif _____
6. Si le traitement est consécutif à un accident, indiquez la date de l'accident _____ (aaaa/mm/jj)

7. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre **compte de frais médicaux** (le cas échéant)?
   ☐ Non ☐ Oui

J'autorise La Maritime, compagnie d'assurance-vie («La Maritime») à recueillir et à échanger des renseignements me concernant ou concernant les personnes à ma charge pour le traitement de cette demande de règlement et l'administration de mon régime collectif. Il est entendu que tout renseignement personnel obtenu par La Maritime restera confidentiel et qu'au besoin La Maritime pourra échanger ces renseignements personnels. J'autorise les personnes/entités suivantes à échanger les renseignements personnels qu'elles ont en leur possession avec La Maritime et vice versa : professionnels de la santé, établissement médical ou fournisseur de soins de santé/soins dentaires, tout régime d'assurance-maladie provincial, compagnie d'assurance ou de réassurance, courtier d'assurance ou administrateur de régime, mon employeur ou mon ancien employeur, tout organisme gouvernemental, de vérification ou d'enquête indépendant, et institution financière.
J'autorise La Maritime à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins d'identification. J'atteste que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Une copie de la présente a la même valeur que l'original.

Signature du participant (au complet) — (aaaa/mm/jj)