

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
POUR SOINS DENTAIRES**

285, boul. Giles est, C.P. 1608, Windsor (Ontario) N9A 7G1

À l'attention du Service des soins dentaires (519) 739-1133 ou **SERVICE À LA CLIENTÈLE** 1-888-711-1119

1 ^{RE} PARTIE - FOURNISSEUR				N° unique	Spéc	N° dossier du patient	Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.				
P A T I E N T	Nom		Prénom	F O U R N I S S E U R	Téléphone						Signature du souscripteur
	Adresse							App.			
	Ville		Province					Code postal			
	Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, procédures ou autres considérations particulières.							Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon fournisseur soit rémunéré pour tous les soins rendus. 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.			
Duplicata <input type="checkbox"/>				Vérification du bureau				Signature du patient (des parents ou du tuteur)			
Date du traitement	Code de la procédure			Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du fournisseur	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis	Code	
Jr Mo An											
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.						Total des honoraires demandés					

Comment soumettre la demande

Veillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification Green Shield pour les renseignements exacts). Les formulaires de demande de règlement incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

2^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) / SOUSCRIPTEUR AU RÉGIME Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service.

Nom du souscripteur (en lettres moulées)		N° d'identification du souscripteur	Date de naissance du souscripteur	
_____		- 0 0	Jour	Mois
Nom de famille	Prénoms		Année	

3^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées)		N° d'identification du patient	Date de naissance du patient	
_____		-	Jour	Mois
Nom de famille	Prénoms		Année	

1. Patient : lien de parenté avec le patient _____
 S'il s'agit d'un enfant, est-il étudiant handicapé
 S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire _____

2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la C.S.P.A.A.T. ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental ?
 Non Oui
 N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____
 Nom de l'autre assureur ou du régime _____

3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident ? Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée. Non Oui

4. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche ? Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. Non Oui

5. Des soins orthodontiques sont-ils requis ? Non Oui

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime et je déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Date _____

Signature du patient _____ Jour Mois Année

Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.

En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme, à ma connaissance, que les renseignements fournis sont complets et exacts. J'autorise Green Shield à échanger les renseignements avec d'autres parties, au besoin, et seulement lorsque ces renseignements sont nécessaires pour administrer cette demande de règlement de prestation et(ou) pour confirmer l'exactitude de ces renseignements.