

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

<b>1<sup>RE</sup> PARTIE - FOURNISSEUR</b>				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. J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans ce formulaire. Signature du patient (des parents ou du tuteur) _____							
Duplicata <input type="checkbox"/>				<b>Vérification du bureau</b>							
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.

<b>2<sup>E</sup> PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) / SOUSCRIPTEUR AU RÉGIME</b>			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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Année</td> <td style="font-size: x-small;">Mois</td> <td style="font-size: x-small;">Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour									
Nom de famille	Prénoms										
_____	_____										

<b>3<sup>E</sup> PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT</b>									
Nom du patient (en lettres moulées)		N° d'identification du patient	Date de naissance du patient						
_____		-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Année</td> <td style="font-size: x-small;">Mois</td> <td style="font-size: x-small;">Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour							
Nom de famille	Prénoms								
_____	_____								
1. Patient : lien de parenté avec le patient _____ S'il s'agit d'un enfant, est-il étudiant <input type="checkbox"/> handicapé <input type="checkbox"/> S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire _____		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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>							
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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____ Nom de l'autre assureur ou du régime _____		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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>							
Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.		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.							
		Signature du patient	Date						
		_____	_____						
		_____	Jour    Mois    Année						

En signant ce formulaire de demande de règlement et/ou en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon(Ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.