CROIX BLEUE[MD] DU QUÉBEC

C.P. 1630, Succursale « B », Montréal (Québec) H3B 3L3
Tél. : (514) 286-6006 • 1 800 363-3958

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

À L'USAGE DU DENTISTE

Les services dentaires ont été rendus ☐ sont prévus (préévaluation) ☐

Nom du **dentiste** _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Nº de PERMIS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom du **patient** _____

Prénom(s) _____

Adresse _____ app. ____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Date du traitement			Code int. des dents	Code du procédé	Surface desdents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
j	m	a						

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.

_____
Signature du dentiste

Total des honoraires demandés ____

Date ____ ____ ____
jour mois année

Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les procédés, les complications et considérations spéciales.

_____

_____

_____

AUTORISATION

Je comprends que je suis responsable envers mon dentiste pour le coût total du traitement. J'autorise la communication des renseignements contenus dans la présente demande à ma compagnie d'assurance ou à ses représentants.

_____
Signature du (de la) patient(e) (ou parent/tuteur/trice)

À L'USAGE DU SOUSCRIPTEUR

- vos numéros de groupe et de certificat sont INDISPENSABLES au traitement de votre demande de règlement;
- les signatures demandées sont OBLIGATOIRES.

Nom _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Nº de groupe _____

Nº de certificat _____

Adresse _____ app. ____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone : Domicile _____

Bureau _____

Lien de parenté du patient
conjoint ☐ fils ☐
fille ☐

Date de naissance
____ ____ ____
jour mois année

Enfant à charge de 18 ou 21 ans et plus (selon votre contrat)
étudiant ☐ handicapé ☐

Si étudiant, nom de l'institution fréquentée :

_____

Session :

_____

PAIEMENT

Le montant du remboursement des services rendus doit-il être versé au dentiste ? Oui ☐ Non ☐ Initiales du souscripteur _____

Détenez-vous une autre assurance soins dentaires ? Oui ☐ Non ☐ Votre conjoint détient-il une assurance soins dentaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom de l'autre assureur : _____

N.B. : Le conjoint qui est couvert par un autre contrat d'assurance doit présenter sa demande de règlement à cet assureur et fournir par la suite à la Croix Bleue Assurance collective le relevé de paiement accompagné d'une copie du formulaire soumis à son assureur. Les demandes relatives aux enfants doivent être présentées à l'assurance du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

Cette demande porte-t-elle sur des soins donnés par suite d'un accident ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, date de l'accident : _____ Lieu et circonstances : _____

Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, est-ce la première mise en bouche ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, date d'extraction : _____ faite par Dr _____

Si non, date de la pose précédente : _____ faite par Dr _____

Raison du remplacement : _____

J'atteste que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques, et j'autorise la divulgation à l'assureur de tout renseignement relatif à cette demande.

Date : _____ Signature du souscripteur : _____

01VEX0159B (10-02)