

Service des réclamations, Plan Major Inc., 763 boul. St-Joseph, Gatineau, Qc, J8Y 4B7
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR SOINS DENTAIRES
(VOUS POUVEZ UTILISER CELUI DU DENTISTE)

Veuillez remplir toutes les cases appropriées. Les formulaires de demande d'indemnisation incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement. **VOUS DEVEZ SIGNER LA SECTION 3 DU PRÉSENT FORMULAIRE AUTREMENT LE FORMULAIRE NE SERA PAS TRAITÉ!** Consultez le site web du Plan Major pour connaître les éléments de votre couverture www.planmajor.ca

SECTION 1 – À COMPLÉTER PAR LE CABINET DENTAIRE P Nom _____ Prénom _____ A _____ T Adresse _____ App. _____ I _____ E Ville _____ Province _____ Code postal _____ N _____ T _____	# unique (dentiste) Spéc. N° dossier du patient _____ D E N T I S T E Téléphone _____	REMETTRE LE PAIEMENT AU CABINET DENTAIRE Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de remboursements et je consens à ce qu'elles lui soient payées directement. _____ Signature de l'adhérent (le membre du régime)
Réservé au cabinet dentaire pour renseignements complémentaires, le diagnostic, les 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 dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. J'autorise également la communication des renseignements au cabinet dentaire mentionné, concernant la protection des services décrits dans ce formulaire. De plus, je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime. Signature du patient (des parents ou du tuteur) _____

Date du traitement AAAA MM JJ	Code de la procédure	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du fournisseur	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis (Réservé Plan Major)	Code

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.	Total des honoraires demandés Signature du dentiste : _____ Date : _____
---	--

SECTION 2 – RENSEIGNEMENT SUR L'ADHÉRENT (le membre du régime)		Vous devez nous soumettre toute demande de prestations dans les 12 mois suivant la date de service.
Nom de l'adhérent (en lettres moulées) _____ Nom de famille _____ Prénom _____	Code permanent de l'adhérent _____	Date de naissance de l'adhérent AAAA MM JJ

SECTION 3 – RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT		
Nom du patient (en lettres moulées) _____ Nom de famille _____ Prénom _____ 1. Patient : lien de parenté avec l'adhérent _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Si l'adhérent est le patient, laisser la ligne vacante. </div> 2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, ou par un régime d'assurance-maladie gouvernemental ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nom de l'autre assureur ou du régime _____	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, complétez le formulaire Rapport d'accident. (90 jours) 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. Date: _____/_____/_____ 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Date de naissance du patient AAAA MM JJ Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
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.		N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____ Signature de l'adhérent _____ Date _____ AAAA MM JJ

Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels. **Signature de l'adhérent** _____

En signant ce formulaire de demande de prestations 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 au Plan Major sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par le Plan Major pour l'évaluation des demandes de prestations et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourrait inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de prestations. 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.

