

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR SOINS DENTAIRES

(VOUS POUVEZ UTILISER LE FORMULAIRE DISPONIBLE CHEZ VOTRE 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](http://www.planmajor.ca)

<b>SECTION 1 – À COMPLÉTER PAR LE CABINET DENTAIRE</b> <b>P</b> Nom _____ Prénom _____ <b>A</b> _____ <b>T</b> Adresse _____ App. _____ <b>I</b> _____ <b>E</b> Ville _____ Province _____ Code postal _____ <b>N</b> _____ <b>T</b> _____	# unique (dentiste)Spéc. N° dossier du patient _____  <b>D</b> <b>E</b> <b>N</b> <b>T</b> <b>I</b> <b>S</b> <b>T</b> <b>E</b>  <b>Téléphone</b> _____	<b>REMETTRE LE PAIEMENT AU CABINET DENTAIRE</b> Je <b>cède au fournisseur</b> 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 cedit 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 (parents ou 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.	<b>Total des honoraires demandés</b> _____ 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) _____ Code permanent / Numéro étudiant de l'adhérent _____ Date de naissance de l'adhérent AAAA MM JJ	Nom de famille _____ Prénom _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées) _____ Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Date de naissance du patient AAAA MM JJ	Nom de famille _____ Prénom _____ 1. Patient : lien de parenté avec l'adhérent _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <b>Si l'adhérent est le patient, laissez la ligne vacante.</b> </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 régime _____ N° de la police _____ Date de naissance du conjoint-e _____
3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, complétez le formulaire Rapport d'accident. (90 jours) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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"/> Date: ____/____/____ 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? 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. _____ <b>Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.</b>	
_____ <b>Signature de l'adhérent</b>	
Date AAAA MM JJ	

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. Mes personnes à charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins.