

# DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED



L'Association  
canadienne  
des  
compagnies  
d'assurance de  
personnes inc.



<b>SECTION 1 DENTISTE</b>		N° UNIQUE	SPEC.	N° DE COMPTE DU PATIENT	PAR LA PRÉSENTE, JE RENONCE AUX INDEMNITÉS VERSÉES À LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET CONSENS À CE QU'ELLES SOIENT PAYÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE IDENTIFIÉ AUX PRÉSENTES.	
P A T I E N T	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	D E N T I S T E	N° DE TÉLÉPHONE		SIGNATURE DU PARTICIPANT
	ADRESSE				APP.	
	VILLE	PROV.			CODE POSTAL	

À L'USAGE DU DENTISTE SEULEMENT - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.  
DIAGNOSTIC, PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES.

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE MON ASSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENDS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT. J'ATTESTE QUE LE TOTAL DES HONORAIRES DE \_\_\_\_\_ \$ EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR SERVICES RENDUS.  
JE CONSENS À CE QUE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À MON ORGANISME ASSUREUR OU À SES MANDATAIRES.

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/GUARDIEN)

VÉRIFICATION DU BUREAU

DUPLICATA

DATE DU TRAITEMENT JOUR   MOIS   ANNÉE	CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	DIRECTIVES
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.&O.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			

## SECTION 2 DÉCLARATION DU MEMBRE (Remplir cette section avant de remettre la formule au dentiste)

1. NOM DU MEMBRE: \_\_\_\_\_ N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ N° DU LOCAL \_\_\_\_\_  
(EN LETTRES MOULÉES S.V.P.)

ADRESSE: \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE: Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

2. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MEMBRE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE 21 ET PLUS, INDIQUER  ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN  HANDICAPÉ  
DATE D'INSCRIPTION \_\_\_\_\_ DATE DE FIN DES ÉTUDES \_\_\_\_\_

3. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE, UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE OU UN PLAN DENTAIRE?  NON  OUI  
NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE \_\_\_\_\_  
NOM DE L'ASSUREUR \_\_\_\_\_  
SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE \_\_\_\_\_

4. UN TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT?  NON  OUI  
SI OUI, FOURNIR LA DATE ET LES DÉTAILS DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. S'IL S'AGIT D'UN DENTIER, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE INSTALLATION?  NON  OUI  
S'IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE INSTALLATION, INDIQUER LA DATE OÙ LES DENTS ONT ÉTÉ EXTRAITES \_\_\_\_\_  
ET TOUTES LES AUTRES DENTS MANQUANTES DANS L'ARC DENTAIRE \_\_\_\_\_  
S'IL S'AGIT D'UN REMPLACEMENT, DONNER LA DATE DU TRAITEMENT PRÉCÉDENT ET LA RAISON DU REMPLACEMENT \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. LA PERSONNE À VOTRE CHARGE TRAVAILLE-T-ELLE?  NON  OUI LA PERSONNE À VOTRE CHARGE VA-T-ELLE À L'ÉCOLE?  NON  OUI  
SI OUI, DONNER LE NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE \_\_\_\_\_

AUTORISATION: J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MEMBRE

DATE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TRAITÉE À MONIS QUE VOUS N'AYEZ RÉPONDU AU COMPLET À TOUTES LES QUESTIONS

TOUTS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS

LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS