C. P. 1608 Windsor (Ontario) N9A 7G1
à l'attention du Service des soins dentaires ou Service à la clientèle 1-888-711-1119

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

1re partie - fournisseur

Nº unique | Spéc | Nº 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.

PATIENT
Nom Prénom
Adresse App.
Ville Province Code postal

FOURNISSEUR
Téléphone

Signature du membre du régime

Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières.

Duplicata ☐

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 cedit formulaire.

Signature du patient (des parents ou du tuteur)_____

Vérification du bureau

Date du traitement Jr. Mo. An.	Code de la procédure	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du Fournisseur	Frais de Laboratoire	Total des frais	Montant admis	Code

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:

Veuillez 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.

2e partie - renseignements sur l'employé / membre du régime

Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations)

Nom du membre du régime(en lettres moulées) **Nº identification du membre du régime** **-00** **Date de naissance du membre du régime** Année Mois Jour

Nom de famille **Prénoms**

3e partie - renseignements sur le patient

Nom du patient (en lettres moulées) **Nº identification du patient** -- **Date de naissance du patient** 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 ☐ Handicapé ☐

S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire_____

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 ☐ Oui ☐

Nº de la police_____ Date de naissance du conjoint_____

Nom de l'autre assureur ou du régime_____

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 ☐ Oui ☐

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 ☐ Oui ☐

5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non ☐ Oui ☐

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.

Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.

Signature du patient

Date_____ **Jour Mois Année**

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.
En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.
J'autorise en outre Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de règlementation ou les organismes d'application de la loi.