

--	--	--	--	--	--	--	--

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

N° de police Nom du titulaire de la police

Nom du participant Prénom

N° de certificat Date de naissance Sexe : M F Langue : Fr. Angl.

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom)

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic, les actes ou l'ajout de considérations particulières :

Dentiste (nom et prénom / adresse / n° de téléphone)

Signature du souscripteur _____

Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette réclamation au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette réclamation et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ \$, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Duplicata Prédétermination

Signature du participant _____
Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

A	DATE		CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
	M	J						

Total des frais soumis

NOTE : VEUILLEZ JOINDRE LES DERNIÈRES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT L'ACCIDENT, AINSI QUE CELLES PRISES APRÈS L'ACCIDENT MAIS AVANT LE DÉBUT DE TOUT TRAITEMENT.

1. Numéros des dents endommagées en raison de l'accident _____
2. État des dents avant l'accident. Étaient-elles saines et entières? Préciser _____

3. Si le traitement ne peut être donné immédiatement, préciser la date et la nature du traitement futur et la cause du délai _____

4. Précisions supplémentaires _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus relatifs aux soins et aux honoraires sont exacts et que le traitement donné était indispensable à la suite de l'accident.

Signature du dentiste _____ Date

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE :

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins médicaux, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? Non Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : Individuelle Familiale
A M J
Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance _____
A M J

1. Frais engagés par _____ Date de naissance _____ Lien de parenté _____
A M J

2. Date de l'accident _____
A M J

3. Lieu de l'accident _____

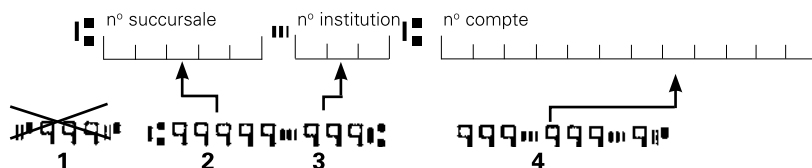
4. Circonstances de l'accident _____

PARTIE 3: DÉPÔT DIRECT ET NOTIFICATION

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations

À remplir uniquement pour adhérer au dépôt direct ou pour mettre à jour vos renseignements.

Informations bancaires pour le dépôt direct :



1. Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
2. Numéro de la succursale (5 chiffres).
3. Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
4. Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : _____ Personnel Travail

⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.

Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client (ia.ca/moncompte), notre site Web sécurisé.

