Régimes à l'intention des personnes retraitées

Johnston group

JG98-JG

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

Veuillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise	Numéro de certificat

DENTIST

N° unique _____ **Spéc.** _____ **N° de dossier du patient** _____

N° de téléphone

PATIENT

Nom du patient _____

Adresse (domicile) _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
						TOTAL DES HONORAIRES		

Voici un relevé exact des services rendus et du total des honoraires payables, sauf erreurs ou omissions. **Signature du dentiste** _____

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

CESSION FACULTATIVE DES INDEMNITÉS

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature de la personne assurée _____

1. Nom et adresse de la personne assurée _____

   Date de naissance de la personne assurée (AAAA/MM/JJ) _____ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) _____
2. Lien de parenté du patient avec la personne assurée _____
3. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime? ❑ Non ❑ Oui

   Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré. _____

   Nom de l'assureur _____ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) _____
4. Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident? ❑ Non ❑ Oui

   Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions sur l'accident. _____
5. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge ayant dépassé l'âge limite? ❑ Non ❑ Oui

   L'enfant : ❑ à une incapacité physique/mentale (Une attestation médicale pourrait être exigée.)

   ❑ est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) _____
6. S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? ❑ Non ❑ Oui

   Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. _____
7. Des soins orthodontiques sont-ils requis? ❑ Non ❑ Oui

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant. J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Administré par Johnston Group inc.

CANADA LES SOCIÉTÉS LES MIEUX GÉRÉES

Membre platine

Les produits d'assurance soins médicaux et dentaires sont souscrits par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et distribués par Johnston Group inc. L'assurance voyage est souscrite par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, membre du Groupe Co-operators limitée, et est administrée par Allianz Global Assistance, dénomination commerciale enregistrée de Services AZGA Canada Inc. et d'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.

Régimes à l'intention des personnes retraitées

Johnston group

JG98-JG

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

Instructions (veuillez lire attentivement)

Le dentiste doit remplir la partie ombragée. La personne assurée remplit toutes les autres sections. Pour éviter tout retard dans le traitement de la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie à l'adresse suivante :
Centre de service national, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1 888 558 7609

mes avantages Demande de règlement en ligne MC

VOUS DÉSIREZ QUE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT SOIENT TRAITÉES PLUS RAPIDEMENT?
TRANSMETTEZ VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT EN LIGNE

- Rendez-vous à l'adresse www.mes-avantages.ca et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants.
- Demandez le virement automatique des prestations.
- Transmettez vos demandes de règlement en ligne pour SAUVER UN ARBRE, ÉCONOMISER DU TEMPS ET DE L'ARGENT!
- Téléchargez l'appli à partir de Google Play (Play Store) ou Apple Store.

DISPONIBLE SUR Google Play

Disponible sur App Store