

## DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

**Veillez inscrire vos numéros  
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Numéro de certificat \_\_\_\_\_

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.

### DENTISTE

D E N T I S T E	N° unique _____	Spéc. _____	N° de dossier du patient _____	
				<b>P</b> Nom du patient _____
				<b>A</b> Adresse (domicile) _____
				<b>T</b> Ville _____
				<b>I</b> Province _____ Code postal _____
	N° de téléphone _____			<b>E</b>
				<b>N</b>
				<b>T</b>

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

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** \_\_\_\_\_

### RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des lésions \_\_\_\_\_

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

CODE INT. DES DENTS	TRAITEMENT – CODE DE L'ACTE SI POSSIBLE	DATE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
		AAAA	MM	JJ

3. Décrivez les problèmes potentiels et dites dans combien de temps ils pourraient survenir \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

1. Nom et adresse de la personne assurée \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date de naissance de la personne assurée (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
2. Lien de parenté du patient avec la personne assurée \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
3. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif?  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 de l'accident \_\_\_\_\_
5. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans?  Non  Oui  
L'enfant :  a 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
8. Veuillez préciser la date de l'accident \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure.
9. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_
10. Est-ce un accident relié au travail?  Non  Oui
11. Date du premier traitement (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
12. Veuillez donner des précisions de l'accident \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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, par la présente, Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses conseillers et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion 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, au sujet de 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.**

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie à l'adresse suivante :  
**CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4**  
Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur 1 877 526 2515 • [info@johnstongroup.ca](mailto:info@johnstongroup.ca)