



DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Veuillez 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

<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 25%;">N° unique</td> <td style="width: 15%;">Spéc.</td> <td style="width: 50%;">N° de dossier du patient</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">E</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">N</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">T</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">I</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">S</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">T</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">E</td> <td colspan="3">N° de téléphone</td> </tr> </table>	D	N° unique	Spéc.	N° de dossier du patient	E				N				T				I				S				T				E	N° de téléphone			<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">P</td> <td>Nom du patient _____</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">A</td> <td style="border-top: 1px solid black;">Adresse (domicile) _____</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">T</td> <td style="border-top: 1px solid black;">Ville _____</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">I</td> <td style="border-top: 1px solid black;">Province _____ Code postal _____</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">E</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">N</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">T</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	P	Nom du patient _____	A	Adresse (domicile) _____	T	Ville _____	I	Province _____ Code postal _____	E		N		T	
D	N° unique	Spéc.	N° de dossier du patient																																												
E																																															
N																																															
T																																															
I																																															
S																																															
T																																															
E	N° de téléphone																																														
P	Nom du patient _____																																														
A	Adresse (domicile) _____																																														
T	Ville _____																																														
I	Province _____ Code postal _____																																														
E																																															
N																																															
T																																															

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						
TOTAL DES HONORAIRES								

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, Co-operators Compagnie d'assurance-vie, 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. Toute copie 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 NATIONAL, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur 1 877 526 2515 • information@johnstongroup.ca