

1ère PARTIE - DENTISTE

DEMANDE D'INDEMNISATION DES SOINS DENTAIRES

P A T I E N T	NOM DU PATIENT	PRÉNOM(S)	NUMÉRO UNIQUE	SPÉC.	NO DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT
	ADRESSE		APP.		D E N T I S T E	
	VILLE	PROV.	CODE POSTAL			
SIGNATURE DU (DE LA) PARTICIPANT(E)						

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


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 DENTISTE 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 LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

SIGNATURE DU PATIENT (PARENTS OU TUTEUR)

VÉRIFICATION OU SIGNATURE DU DENTISTE

DATE DU TRAITEMENT			CODE DU PROCÉDE	CODE INT. DENTS	SURFACES DES DENTS OU # D'UNITÉS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS	INSTRUCTIONS
A	M	J							
									1. Demandez à votre dentiste de compléter la 1ère partie. 2. Répondez à toutes les questions de la 2e partie. 3. Faites parvenir le formulaire à Coughlin & associés ltée. Expédier tout formulaire ou demande de renseignements à :  Bureau d'Ottawa : 466 chemin Tremblay Ottawa ON K1G 3R1 Adresse postale : CP 3517 Succ. C Ottawa ON K1Y 4H5 Tél. : 613-231-8540 1-877-768-3378 Courriel : ottclaims@coughlin.ca Télécopieur : 613-231-6180 www.coughlin.ca

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E. & O.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS _____

2e PARTIE - ASSURÉ(E)

NOM DE L'EMPLOYEUR _____

NOM DU (DE LA) PARTICIPANT(E) _____

NUMÉRO D'IDENTITÉ PERSONNEL (N.I.P.) _____

PRÉFÉRENCE DE LANGAGE
 FRANÇAIS ANGLAIS

NUMÉRO DE TELEPHONE _____

ADRESSE DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

 APP. _____

VILLE _____ PROVINCE _____

CODE POSTAL _____ DATE DE NAISSANCE _____
 ANNÉE MOIS JOUR

1. CE TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT? OUI NON
 DATE DE L'ACCIDENT _____
 SI "OUI", VEUILLEZ JOINDRE DES DÉTAILS DE L'ACCIDENT.

2. SI LE TRAITEMENT COMPREND LA MISE EN BOUCHE D'UN PONT OU D'UN DENTIER:
 S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SUPÉRIEURE OUI NON
 INFÉRIEURE OUI NON

J'autorise Coughlin & associés ltée (« Coughlin ») de recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels me concernant avec les personnes, organisations ou parties suivantes: les fournisseurs de soins de santé; compagnies affiliées à Coughlin; institutions financières; les organismes gouvernementaux; compagnies d'assurance et leurs réassureurs et / ou fournisseurs de services; employeurs ou ex-employeurs; mon syndicat et les vérificateurs du régime; et l'administrateur du régime Coughlin pour l'administration, la vérification, l'évaluation, la recherche, la gestion des sinistres, la tarification, et pour déterminer l'admissibilité au régime. En fournissant des renseignements personnels au sujet de mon conjoint et / ou personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'originale. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

DATE _____ SIGNATURE DU (DE LA) PARTICIPANT(E) _____

Ces soins dentaires sont-ils admissibles en vertu d'une autre assurance collective, d'un autre régime d'assurance soins dentaires, de la commission des accidents du travail, commission de la santé et sécurité du travail ou d'un régime d'assurance de l'État? Oui Non

Si **oui**, indiquer qui est membre de cet autre régime: moi-même conjoint

Nom _____ Date de naissance _____
 Année Mois Jour

Nom de l'autre assureur ou régime: _____

Numéro de police _____ N.I.P. _____

N.B. Pour la coordination des prestations, les demandes d'indemnités relatives aux enfants doivent être faites en vertu du régime du parent dont la date de naissance tombe le plus tôt dans l'année civile.

À ÊTRE COMPLÉTÉ SI LA DEMANDE EST POUR UN DÉPENDANT

NOM DU DÉPENDANT _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ(E) _____
 Année Mois Jour

Si cette réclamation est pour un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, quelle date l'enfant a cessé de fréquenter un établissement scolaire à temps plein? _____
 Année Mois Jour

Nom de l'école _____

SI "NON", DONNEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET JOIGNEZ UNE EXPLICATION _____
 ANNÉE MOIS JOUR