

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED



L'Association
dentaire
canadienne



Association
canadienne des
compagnies
d'assurances de
personnes inc.

SECTION 1 DENTISTE			N° UNIQUE _____	SPEC. _____	N° DE COMPTE DU PATIENT _____	PAR LA PRÉSENTE, JE RENONCE AUX INDEMNITÉS VERSÉES À LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET CONSENS À CE QU'ELLES SOIENT PAYÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE IDENTIFIÉ AUX PRÉSENTES. _____ SIGNATURE DU PARTICIPANT																																																																																																																																																																																																
P A T I E N T	NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____	D E N T I S T E	N° DE TÉLÉPHONE _____																																																																																																																																																																																																			
À L'USAGE DU DENTISTE SEULEMENT – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIC, PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES.			IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE MON ASSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT. J'ATTESTE QUE LE TOTAL DES HONORAIRES DE _____ \$ EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR SERVICES RENDUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À MON ORGANISME ASSUREUR OU À SES MANDATAIRES. _____ SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/GARDIEN)																																																																																																																																																																																																			
À L'USAGE DU DENTISTE SEULEMENT – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIC, PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES.			VÉRIFICATION DU BUREAU																																																																																																																																																																																																			
DUPPLICATA <input type="checkbox"/>			VÉRIFICATION DU BUREAU																																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DATE DU TRAITEMENT</th> <th rowspan="2">CODE DU PROCÉDÉ</th> <th rowspan="2">CODE INT. DES DENTS</th> <th rowspan="2">SURFACES DES DENTS</th> <th rowspan="2">HONORAIRES DU DENTISTE</th> <th rowspan="2">FRAIS DE LABORATOIRE</th> <th rowspan="2">TOTAL DES FRAIS</th> </tr> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			DATE DU TRAITEMENT			CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																																																																					DIRECTIVES SI LES FRAIS SERONT DE 300 \$ OU PLUS, VOTRE DEMANDE DEVRAIT ÊTRE SOUMISE POUR PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS. LES EXAMENS ORAUX DE ROUTINE, LE DÉTARTRAGE ET LE NETTOYAGE, LES TRAITEMENTS AU FLUORURE, LES RAYONS X, LES RESTAURATIONS DE BASE ET LES TRAITEMENTS D'URGENCE PEUVENT ÊTRE EFFECTUÉS PAR VOTRE DENTISTE AVANT DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE POUR LA PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS. IL PEUT ARRIVER QU'ON DEMANDE À VOIR LES RAYONS X POUR LES COURONNES OU LES PONTS. LES RAYONS X SERONT RETOURNÉS PROMPTEMENT À VOTRE DENTISTE. POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE, LES PRÉDÉTERMINATIONS ET LES RAYONS X À: BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED P.O. Box 3071, Station 'A' Mississauga, Ontario L5A 3A4			
DATE DU TRAITEMENT			CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS							HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS																																																																																																																																																																																								
JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																																																																																				
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.&O.			TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS _____																																																																																																																																																																																																			

SECTION 2 DÉCLARATION DU MEMBRE *(Remplir cette section avant de remettre la formule au dentiste)*

N° DU LOCAL _____

1. NOM DU MEMBRE: _____ N° D'IDENTIFICATION _____

(EN LETTRES MOULÉES S.V.P.)

ADRESSE: _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: (_____) _____

DATE DE NAISSANCE: Jour _____ Mois _____ Année _____

2. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MEMBRE _____ DATE DE NAISSANCE _____

SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE 21 ANS ET PLUS, INDIQUER ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN HANDICAPÉ
 DATE D'INSCRIPTION _____ DATE DE FIN DES ÉTUDES _____

3. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE, UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE OU UN PLAN DENTAIRE? NON OUI

NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE _____
 NOM DE L'ASSUREUR _____
 SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE _____

4. UN TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT? NON OUI
 SI OUI, FOURNIR LA DATE ET LES DÉTAILS DE L'ACCIDENT _____

5. S'IL S'AGIT D'UN DENTIER, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE INSTALLATION? NON OUI
 S'IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE INSTALLATION, INDIQUER LA DATE OÙ LES DENTS ONT ÉTÉ EXTRAITES _____
 ET TOUTES LES AUTRES DENTS MANQUANTES DANS L'ARC DENTAIRE _____
 S'IL S'AGIT D'UN REMPLACEMENT, DONNER LA DATE DU TRAITEMENT PRÉCÉDENT ET LA RAISON DU REMPLACEMENT _____

AUTORISATION: J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

SIGNATURE DU MEMBRE _____

DATE _____ / _____ / _____
 JOUR MOIS ANNÉE

6. LA PERSONNE À VOTRE CHARGE TRAVAILLE-T-ELLE? NON OUI
 SI OUI, DONNER LE NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE _____

LA PERSONNE À VOTRE CHARGE VA-T-ELLE À L'ÉCOLE? NON OUI

VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TRAITÉE À MONS QUE VOUS N'AYEZ RÉPONDU AU COMPLET À TOUTES LES QUESTIONS
 TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS
LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS