

À L'USAGE DU DENTISTE

Information du **dentiste**

N° de pratique :

Téléphone :

N° unique

Spéc.

N° de fournisseur

Information du **patient**

Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes, ou autres considérations particulières.

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 DU PARTICIPANT

Date du traitement
(j/m/aaaa)

Code de l'acte

Code de dent

Surface des dents

Honoraires du dentiste

Frais de laboratoire

TOTAL DES FRAIS

Date du traitement (j/m/aaaa)	Code de l'acte	Code de dent	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	TOTAL DES FRAIS

- Duplicata
 Plan de traitement

Cette évaluation n'est valide que pour 60 jours.

Les honoraires ne tiennent pas compte des complications qui peuvent survenir pendant ou après le traitement. Les frais de laboratoire sont approximatifs.

Aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire.

La présente est une description exacte de soins fournis ou à fournir s'il s'agit d'un plan de traitement et des honoraires s'y rapportant, sauf erreur ou omission.

SIGNATURE DU DENTISTE

Date (j/m/aaaa)

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

Information du patient

Lien de parenté avec le participant au régime :

Date de naissance (j/m/a)

Les soins dentaires inclus ci-dessus sont-ils couverts en vertu d'un autre régime collectif ou public ?

Non Oui

Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident ?

Non Oui

DATE DE L'ACCIDENT
(j/m/aaaa)

NATURE DE L'ACCIDENT

Indiquer les précisions sur une feuille séparée.

Des soins orthodontiques sont-ils requis ?

Non Oui

Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche ?

Non Oui

DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE

RAISON DU REMPLACEMENT

Information du participant

Nom du groupe

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

Date de naissance (j/m/a)

Nom(s) de famille du participant

Prénom(s) du participant

Adresse de courriel du participant

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PATIENT

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 l'assureur ou à l'administrateur du régime. J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommé désigné.

SIGNATURE DU PATIENT, PARENT OU TUTEUR

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

En soumettant votre demande, vous confirmez que les informations fournies sont exactes, précises et véritables. Toute information fautive pourra résulter en un rejet de votre demande de règlement. Vous autorisez GPM et ses mandataires à : (i) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus; (ii) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (iii) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels vous concernant ou concernant les personnes visées à votre demande, nécessaires à sa vérification diligente afin d'en déterminer la véracité. Notez que nous partagerons les informations relatives à une fautive déclaration ou demande frauduleuse aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. Vous acceptez aussi que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumise pour la vérification de votre demande et notre enquête.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Date (j/m/aaaa)
