La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2
Courrier électronique :

Téléphone : (418) 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : (418) 646-0888
prest.sante@lacapitale.com

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

A.

Groupe : Employeur :

N° d'identification :

Si les informations contenues à la partie A sont inexactes ou incomplètes, veuillez remplir la partie B.

B.

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ N° de téléphone : _____

Groupe : Employeur :

N° d'identification : _____

IMPORTANT
1. Pour les enfants à charge de 18 à 26 ans, remplir la partie 2 de ce formulaire.
2. Si les soins sont requis par suite d'un accident, remplir la partie 3 de ce formulaire et joindre le (les) **radiographie(s)**.
3. Votre demande de prestations doit nous parvenir au plus tard dans les 12 mois de la date où les frais ont été subis et les services rendus.

1- RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E) :

Nom de l'employeur : _____

N° de tél. de l'adhérent(e) : à la maison _____

au travail (s'il y a lieu) _____

Date de naissance de l'adhérent(e) : _____ | _____ | _____
Année Mois Jour

Lien de parenté avec l'adhérent(e) :

❑ conjoint(e) ❑ autre ❑ enfant

Date de naissance _____ | _____ | _____ _____
Année Mois Jour Prénom

Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective ou dentaire, de la CSST ou d'un régime d'assurance du Gouvernement? ❑ Non ❑ Oui

N° de la police : _____

Date de naissance du (de la) conjoint(e) : _____ | _____ | _____
Année Mois Jour

Nom de l'assureur ou du régime : _____

2- ATTESTATION D'ÉTUDES POUR ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 17 ANS OU 20 ANS SELON VOTRE CONTRAT

Je déclare que mon enfant, _____ (Prénom) est célibataire et fréquente l'école secondaire, le collège ou l'université _____ (Nom de l'institution). Il suit des cours en _____ (Discipline) à titre d'étudiant ❑ à temps complet ou ❑ à temps partiel, ❑ à la session d'automne _____ (Année) ou ❑ à la session d'hiver _____ (Année).

3- SOINS DENTAIRES REQUIS PAR SUITE D'UN **ACCIDENT**

Si oui, indiquer la date _____

❑ Non ❑ Oui donner des précisions et joindre la (les) **RADIOGRAPHIE(S)**. _____

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS OU DOSSIERS EXIGÉS AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

_____ | _____ | _____ _____
Année Mois Jour Signature de l'adhérent(e)

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS

2004-11-18

Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2
Courrier électronique :

Téléphone : (418) 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : (418) 646-0888
prest.sante@lacapitale.com

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

DENTISTE

Nom :

Adresse :

Ville, province :

Code postal :

Tél. : N° de permis :

N.B. : un reçu dûment identifié ou le sceau du professionnel sera requis pour le remboursement.

Nom du patient Prénom(s)

Adresse App.

Ville Province

Code postal N° de téléphone

Date du traitement			Code internat de la dent.	Code de l'acte	Surface ou Sextant	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Au total
Année	Mois	Jour						

Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et les cas spéciaux.

La présente est une déclaration exacte des soins rendus ou à rendre dans le cas d'un plan de traitement et des honoraires demandés sans erreurs et omissions.

Signature du dentiste

Total des honoraires demandés

Date	Année	Mois	Jour	Total

❑ DUPLICATA

Il se peut que les honoraires et les frais indiqués sur ce formulaire ne soient pas couverts par la garantie de mon assurance ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Je comprends donc qu'il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit intégralement rémunéré pour le traitement rendu. 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 / tuteur)

❑ **Plan de traitement**

Cet estimé 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.

IMPORTANT

L'adhérent doit dûment remplir le verso de ce formulaire et y apposer sa signature.

N.B. : Un reçu officiel ou le sceau du professionnel sera requis pour le remboursement.

2004-11-18