



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

1ERE PARTIE - FOURNISSEUR
Nom Prénom
Adresse App
Ville Province Code postal
N° unique Spéc N° dossier du patient
Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement
Signature du participant au régime

Réservé au fournisseur pour des renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures 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
Signature du patient (du parent ou du tuteur)
Vérification du bureau

Table with 8 columns: Date du traitement, Code de la procédure, Code int. des dents, Surfaces des dents, Honoraires du fournisseur, Frais de laboratoire, Total des frais, Montant admis, Code.

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE :

Veuillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification RBC vie pour les renseignements exacts).

2E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / MEMBRE DU RÉGIME

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).

Nom du participant au régime (en lettres moulées) N° identification du participant au régime Date de naissance du participant au régime
Nom de famille Prénoms

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées) N° identification du patient Date de naissance du patient
Nom de famille Prénoms
1 Patient : lien de parenté avec le patient
S'il s'agit d'un enfant est-il étudiant Handicapé
S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire
2 Ces prestations ou soins denta sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la CSST ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental ?
3 Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée
4 Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement
5 Des soins orthodontiques sont-ils requis?
Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime et je déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets
Signature du patient

En signant ce formulaire de demande de règlement ou en envoyant les originaux des reçus, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis à RBC vie sur moi-même et mes personnes à charge seront utilisés par RBC vie pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon conjoint ou mes personnes à charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par l'assuré.