



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION NATIONAL EN HYGIÈNE DENTAIRE

PARTIE 1 : HYGIÉNISTE DENTAIRE AUTORISÉ	NIU No 202 No de cabinet _____ Spéc. _____	Envoyer le paiement au : <input type="checkbox"/> Participant du régime <input type="checkbox"/> Fournisseur de services
Nom et adresse du client :	Nom/Adresse/Numéro de téléphone de l'hygiéniste dentaire :	Si mon régime le permet, je cède à l'hygiéniste dentaire nommé dans la présente, les prestations payables en vertu de cette demande et j'autorise que le paiement lui soit versé directement. x _____ Signature de l'Employé/Participant du régime/Abonné

Date du service J M A	Code de service de l'ACHD	Code INTL de la dent	Description des services fournis	Frais de l'hygiéniste dentaire	Frais ou dépenses de laboratoire	Coût total
Montant total soumis						

UTILISATION PAR L'HYGIÉNISTE DENTAIRE AUTORISÉ SEULEMENT (INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE)	Indiquer s'il y a une préautorisation <input type="checkbox"/>
<p>Je comprends que les frais indiqués sur cette demande peuvent ne pas être couverts par le régime auquel je participe ou peuvent excéder les prestations de mon régime. Je comprends que je suis financièrement responsable de tous les soins rendus et je reconnais que le montant total qui figure ci-dessus est exact et m'a été facturé pour des services qui m'ont été rendus. Je consens à ce que toute information supplémentaire requise en lien avec la présente demande soit divulguée à ma compagnie d'assurance ou à l'administrateur du régime.</p> <p>Les services d'hygiène dentaire fournis sont consignés en détail dans le dossier du client et sont signés par le client (parent ou tuteur) et l'hygiéniste dentaire autorisé. Le présent document est un énoncé exact des services fournis et du montant total à payer et payable, à l'exception des erreurs et omissions.</p> <p>J'autorise la communication d'information liée à la couverture des services énumérés sur le présent formulaire à l'hygiéniste dentaire nommé.</p> <p>Validé par l'hygiéniste dentaire x _____ Validé par le client ou tuteur x _____</p>	

INSTRUCTIONS POUR SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION

Assurez-vous de remplir les sections 1, 2 et 3. Faites ensuite parvenir le formulaire de réclamation au bureau des règlements approprié. Vous pouvez obtenir l'information relative à la soumission des réclamations en consultant votre brochure sur les prestations ou en communiquant avec le promoteur de votre régime.

PARTIE 2 : EMPLOYÉ/PARTICIPANT DU RÉGIME/ABONNÉ

1. No de la police d'assurance ou du régime collectif _____	No de division ou de section _____	Assureur/ Administrateur _____
Employeur _____	Date de naissance _____	
2. Vos détails _____	Nom de famille _____	Prénom _____
No de certificat ou d'identification _____	Initiales _____	Jour / Mois / Année _____

PARTIE 3 : INFORMATION SUR LE CLIENT/LE PATIENT

1. SI LE CLIENT OU LE PATIENT EST DIFFÉRENT DE LA PERSONNE QUI FAIT LA RÉCLAMATION :		
Lien de parenté du client ou du patient avec la personne qui réclame _____	Date de naissance _____	S'il est un enfant, indiquer - Handicapé - Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	Étudiant - Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ID Client/Patient _____
_____		Jour / Mois / Année _____
2. Les prestations ou les services d'hygiène dentaire sont-ils couverts par une autre assurance collective, un autre régime dentaire, la Commission des accidents de travail, ou un autre régime d'assurance gouvernemental? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, nommer l'autre assureur ou régime _____		Numéro de police _____
3. Les traitements sont-ils requis en raison d'un accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, fournir les détails et la date de l'accident sur une feuille distincte.		Date _____
J'autorise la divulgation de toute information ou de tout dossier demandé relativement à cette demande à l'assureur ou l'administrateur et je certifie que l'information qui est donnée est vraie, exacte et complète au meilleur de ma connaissance.		_____ x _____ Signature de l'Employé/Participant du régime/Abonné
_____		Jour / Mois / Année _____