

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)**

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

**A.**

Groupe : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
N° d'identification : \_\_\_\_\_

**B.**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
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 la(les) radiographies(s).  
3. Votre demande de prestations doit nous parvenir au plus tard dans les 12 mois de la date où les frais ont été engagés 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 \_\_\_\_\_  
Date de naissance de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :**

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 dentaire, de la CSST ou d'un régime d'assurance du Gouvernement?  Non  Oui N° de contrat : \_\_\_\_\_  
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, \_\_\_\_\_ est célibataire et fréquente l'école secondaire, le collège ou l'université \_\_\_\_\_  
Prénom  
Il suit des cours en \_\_\_\_\_ à titre d'étudiant à temps plein,  à la session d'automne \_\_\_\_\_ ou  à la session d'hiver \_\_\_\_\_  
Année Année  
Nom de l'institution Discipline

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

Non  Oui Si oui, indiquer la date, \_\_\_\_\_  
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.

(DENTAIRE-F) CPRDF1 (2016-11-24)

**DEMANDE DE RÈGLEMENT  
POUR SOINS DENTAIRES**  
FORMULE STANDARD  
APPROUVÉE PAR  
L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES  
DU QUÉBEC

<b>D</b>	Nom :	Nom du patient	Prénom(s)
<b>E</b>	Adresse :		
<b>N</b>			
<b>T</b>			
<b>I</b>	Ville, province :	Adresse	App.
<b>S</b>	Code postal :	Ville	Province
<b>T</b>			
<b>E</b>	Tél. :                      N° de permis :	Code postal	N° de téléphone

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

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.

<p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature du dentiste</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature du patient (ou parent/tuteur)</p>	<b>Total des honoraires demandés</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><th>Date</th><th>Année</th><th>Mois</th><th>Jour</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> <b>DUPLICATA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Plan de traitement</b></p> <p>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.</p> <p><b>Aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire.</b></p>	Date	Année	Mois	Jour	TOTAL					
Date	Année	Mois	Jour	TOTAL							

**IMPORTANT**

**L'adhérent(e) 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.