

Vous pouvez remplir le formulaire à l'écran et l'imprimer ou imprimer le formulaire et le remplir à la main.

DENTISTE				
P A T I E N T	Nom _____	Prénom _____	D E N T I S T E	
	Adresse _____			App. _____
	Ville _____	Prov. _____		Code postal _____
	N° unique _____			Spéc. _____
N° de dos. du patient _____		Téléphone : _____		
Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.			Signature de l'employé _____	

Réservé au dentiste pour renseignements supplémentaires sur le diagnostic, procédure ou considérations particulières.

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas remboursés par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient remboursés 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 mon assureur ou à l'administrateur du régime.

Signature du patient (parent ou tuteur) _____ Vérification du bureau/Signature du dentiste _____

DUPLICATA <input type="checkbox"/>										Rappel	
Date du traitement	Code de l'acte			Code init. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais		VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE. LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.	
Jour	Mois	Année									
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreur et						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS					

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ Nous recommandons que les traitements de plus de 500 \$ soit approuvés préalablement par l'

Régime N° _____ N° du certificat _____

Nom de l'employeur _____

Nom de l'employé _____ Date de naissance : jour _____ / mois _____ / année _____ Sexe F H

Adresse de l'employé : _____

DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT DES FRAIS À L'ÉGARD DES SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRE SOIT VIRÉ AUTOMATIQUÉMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE, GRÂCE AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ? Oui , je joins un chèque portant la mention «Annulé» afin de profiter de ce service. Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention «Annulé» sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est(sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective? Oui Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :

Date de naissance de votre conjoint(e) (J/M/A) _____ Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- Lien de parenté du patient avec l'employé participant au régime : Lui-même Conjoint(e) Enfant
- Date de naissance du patient : jour _____ / mois _____ / année _____
- Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez compléter ce qui suit :
L'enfant est-il handicapé? L'enfant est-il un étudiant à temps plein?
- Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Oui Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :
Date de l'accident _____ Endroit où l'accident a eu lieu Travail Maison Autre
Veuillez expliquer comment l'accident est survenu _____
- Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? Oui Non
Dans la négative, veuillez indiquer la date de la dernière mise en place et la raison du remplacement : Date _____ Raison _____

AUTORISATION

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro de certificat à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise Cowan, tout fournisseur de soins de santé, mon gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec Cowan à échanger les renseignements, au besoin, aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé _____ Date _____

FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Assurance Cowan
700-1420 place Blair
Ottawa (Ontario) K1J 9L8
Telephone: 1-888-509-7797 or 1-613-741-3313