

PATIENT			
NOM :	CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI EN ENTIER. LES FORMULAIRES NE CONTENANT PAS TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SERONT RETOURNÉS.		
ADRESSE :	LES NOTES DE CAS OU LES RAPPORTS REMPLIS AU BUREAU DU DENTISTE NE CONSTITUENT QUE DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES. ILS NE REMPLACENT PAS CE FORMULAIRE, QUI DOIT ÊTRE REMPLI.		
VILLE (PROVINCE) CODE POSTAL :	N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME :		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ()	DATE DE NAISSANCE : (AA/MM/JJ)	LIENS AVEC LE MEMBRE DU RÉGIME :	
DÉCLARATION OBLIGATOIRE			
Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, veuillez nous indiquer le nom de la compagnie d'assurance : _____			
Si l'autre couverture est Assurance Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____			
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le traitement est-il requis par suite d'un accident de travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
DATE DE L'ACCIDENT ____ / ____ / ____ ANNÉE MOIS JOUR	LIEU DE L'ACCIDENT	PROVINCE/ÉTAT/PAYS	
DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT			
J'AUTORISE LA DIVULGATION À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DE TOUT RAPPORT REQUIS DANS LE CADRE DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CERTIFIE QU'À MA CONNAISSANCE CES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.			
SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME _____ ANNÉE / MOIS / JOUR			
DENTISTE (LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR LE DENTISTE TRAITANT)			
NOM :	N° UNIQUE :		
ADRESSE :			
VILLE (PROVINCE) /CODE POSTAL :	SIGNATURE DU DENTISTE		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ()	____ / ____ / ____ ANNÉE MOIS JOUR		
DESCRIPTION DES DOMMAGES (veuillez indiquer les numéros de dent) :			
Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à ces fins. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de carte.			
En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je conviens que les renseignements que je fournis à Assurance Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Assurance Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins de l'administration de la présente demande de règlement.			
J'autorise en outre Assurance Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. En cas d'activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient divulgués aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.			
TOUTE PRÉDÉTERMINATION OU DEMANDE DE RÉGLEMENT DOIT ÊTRE SOUMISE MANUELLEMENT, INDIQUER L'ACCIDENT DENTAIRE ET ÊTRE ACCOMPAGNÉE DES RADIOGRAPHIES. À L'ATTENTION DE : ACCIDENTS DENTAIRES, C. P. 1608, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G1 1 888 711-1119			

Le patient ou le membre du régime assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.