

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES**

1RE PARTIE - FOURNISSEUR		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.
P Nom _____ Prénom _____ A _____ T Adresse _____ App. _____ I _____ E _____ N Ville _____ Province _____ Code postal _____ T _____		F O U R N I S S E U R	N° de téléphone _____		

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. Il m'incombe donc de voir à ce que mon fournisseur 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 l'assureur ou à l'administrateur du régime.

J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la couverture des services décrits dans ce formulaire.

Signature du patient (du parent ou du tuteur) _____

Duplicata ☐

Vérification du bureau

Date du traitement Jr. Mo. An.	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). Les formulaires de demande de règlement incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

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 membre du régime (en lettres moulées)	N° identification du membre du régime	Date de naissance du membre du régime	
		Année Mois Jour	
		-00	
Nom de famille	Prénoms		

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom du patient (en lettres moulées)	N° identification du patient
Nom de famille	Prénoms
1. Patient : lien de parenté avec le patient _____	3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée.
S'il s'agit d'un enfant _____ est-il étudiant ☐ Handicapé ☐	Non ☐ Oui ☐
S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire _____	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.
2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la CSST ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental ? Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____	5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non ☐ Oui ☐
Nom de l'autre assureur ou du régime _____	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.
Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.	Signature du patient _____
	Date _____
	Jour Mois Année

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 cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à RBC Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par RBC Vie 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 d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre RBC Vie 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. Advenant des 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 transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.