

SECTION 1 – DENTISTE						
P NOM A T ADRESSE I APP. E VILLE N PROV. T CODE POSTAL	PRÉNOM	N° UNIQUE	CODE DU SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT		
D TÉLÉPHONE E N T I S T E				RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES		
JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT. SIGNATURE DU PARTICIPANT/SALARIÉ ▶				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 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 L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR ▶		
<input type="checkbox"/> DUPLICATA				VÉRIFICATION		

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
J	M	A						
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS \$		

COCHEZ ICI SI L'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT. SI LES FRAIS DE TRAITEMENT PRÉVUS SONT SUPÉRIEURS À 500 \$, VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT À L'ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE. VOUS SEREZ AVISÉ DU MONTANT DES FRAIS REMBOURSABLES EN VERTU DU RÉGIME AVANT LE COMMENCEMENT DU TRAITEMENT. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (EX. : COURONNES ET PONTS).

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT/SALARIÉ			
1. N° DE CONTRAT _____	N° DE COMPTE/DIVISION _____	VOTRE NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____	
PROMOTEUR DE RÉGIME/EMPLOYEUR _____		VOTRE N° DE CERTIFICAT _____	
NOM DE L'ASSUREUR Financière Manuvie		VOTRE DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____	

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT/SALARIÉ _____ DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____ S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT? <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ? S'IL S'AGIT D'UN ÉTUDIANT, INDIQUEZ LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT. _____	DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MMMM/AAAA) _____ NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____ 3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. 4. SI LA DEMANDE PORTE SUR UNE PROTHÈSE AMOVIBLE, UNE COURONNE OU UN PONT, S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE POSE? SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI 5. L'UN DES TRAITEMENTS EST-IL À DES FINS ORTHODONTIQUES? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
2. LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS REMBOURSABLES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, PAR LA CSST/CAT OU PAR UN RÉGIME D'ÉTAT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI N° DE CONTRAT _____	

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT/SALARIÉ	
JE CERTIFIE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT À MA CONNAISSANCE VÉRIDIQUES ET COMPLETS. J'AUTORISE TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE, LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL OU LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, MON EMPLOYEUR OU TOUTE AUTRE PERSONNE À DIVULGUER ET À ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS PAR LA FINANCIÈRE MANUVIE ET NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DE MA DEMANDE. SI MON NUMÉRO DE CERTIFICAT CORRESPOND À MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE, J'AUTORISE SON UTILISATION À DES FINS D'IDENTIFICATION ET D'ADMINISTRATION DE MON ASSURANCE COLLECTIVE. JE RECONNAIS QU'UNE PHOTOCOPIE DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.	
SIGNATURE DU PARTICIPANT/SALARIÉ _____	DATE (JJ/MMMM/AAAA) _____

LA FINANCIÈRE MANUVIE RECONNAÎT L'IMPORTANCE DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS. LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SERONT CONSERVÉS DANS UN DOSSIER D'ASSURANCE COLLECTIVE VIE ET MALADIE. SEULES LES PERSONNES SUIVANTES ONT ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS VERSÉS DANS VOTRE DOSSIER :

- LES EMPLOYÉS ET LES REPRÉSENTANTS DE LA FINANCIÈRE MANUVIE DANS L'ACCOMPLISSEMENT DE LEURS TÂCHES;
- LES PERSONNES QUE VOUS AVEZ AUTORISÉES; ET
- LES PERSONNES AUTORISÉES PAR LA LOI.

VOUS AVEZ LE DROIT DE DEMANDER L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VERSÉS DANS VOTRE DOSSIER ET, AU BESOIN, DE CORRIGER TOUT RENSEIGNEMENT INEXACT.

SECTION 5 – ENVOI DE LA DEMANDE	
VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÉGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE APPROPRIÉE.	
SI VOUS HABITEZ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC : ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE RÉGLEMENTS FRAIS DENTAIRE P.O. BOX 1654 WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W2	SI VOUS HABITEZ AU QUÉBEC : ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE RÉGLEMENTS FRAIS DENTAIRE C.P. 5000, SUCC. B MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4B5