AGA ASSURANCES COLLECTIVES

DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1

SECTION 1 : PAR LE DENTISTE

☐ Plan de traitement

Nom	Nom du patient / Prénom
Adresse	Adresse / App.
Ville/Province/Code postal	Ville
Téléphone	Province / Code postal
N° permis	Téléphone

CESSION AU DENTISTE

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature du participant

DATE DU TRAITEMENT A	M	J	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	RÉSERVÉ À L'USAGE DE AGA

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreur ou omission

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS ➡ **$**

Signature du dentiste : Date (A / M / J):

Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts ou ne le soient qu'en partie. Il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus.

Signature du patient (ou du parent ou tuteur)

SECTION 2 : PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'assuré	N° de groupe/division	N° de certificat
Adresse / App.	Ville	Province / Code postal
Nom du patient	Lien de parenté	Date de naissance (A / M / J)

Est-ce que le patient est couvert par un autre régime collectif ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, pour quelle(s) protection(s) : ☐ Assurance santé ☐ Soins dentaires ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale ☐ Couple

Détenteur du régime : Date de naissance du détenteur (A / M / J) : Lien de parenté :

Nom de l'assureur : N° de contrat :

Confirmation de statut étudiant (pour votre enfant à charge célibataire de 21 ans et plus, aux études à temps plein). JE CONFIRME QUE :

Nom de l'enfant (l'enfant doit être célibataire) : Date de naissance (A / M / J) :

Inscrire le nom de l'institution scolaire fréquentée : ☐ étudiant à temps plein ☐ étudiant à temps partiel ☐ session d'automne (septembre) ☐ session d'hiver (janvier)

Les soins ci-dessus sont-ils reliés à un accident de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Les soins ci-dessus sont-ils reliés à un accident d'automobile ? ☐ OUI ☐ NON

Date et description de l'accident et joindre radiographies (RX) pré-opératoires :

Les frais non remboursables devront être soumis à mon compte gestion santé ou coût-plus : ☐ OUI ☐ NON

L'excédent des frais remboursés devra être soumis à mon compte gestion santé ou coût-plus : ☐ OUI ☐ NON

Dans le cas d'une prothèse, d'un pont ou d'une couronne, est-ce la première pose ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, date de la pose précédente (A / M / J) :

Genre de prothèse remplacée : Raison du remplacement :

Si OUI, date d'extraction des dents (A / M / J) : Si OUI, indiquer toutes les autres dents manquantes au(x) maxillaire(s) :

☐ OUI, je désire recevoir mes remboursements de réclamations dans mon compte bancaire. **Joindre un spécimen de chèque avec la mention « annulé ».**

Autorisation : J'autorise mon dentiste, toute personne (fournisseur de services), toute autre compagnie d'assurance, la C.S.S.T.(ou la C.A.T), la S.A.A.Q. à divulguer et/ou à échanger des renseignements demandés par GROUPE FINANCIER AGA INC. (AGA ASSURANCES COLLECTIVES) ou l'assureur et nécessaires au traitement de la présente demande de règlement.

Signature de l'assuré : _____ Date (A /M /J): _____