UV ASSURANCE

FRAIS DENTAIRES
DEMANDE DE PRESTATIONS ET DE PLAN DE TRAITEMENT
ASSURANCE COLLECTIVE

DENTISTE

NOM | PRÉNOM

ADRESSE

VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | NUMÉRO DE PERMIS

PATIENT

NOM | PRÉNOM

ADRESSE

VILLE

PROVINCE | CODE POSTAL

TRAITEMENT ANNÉE MOIS JOUR	CODE INTERNAT (DENT)	CODE DE L'ACTE	SURFACE OU SEXTANT	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	MONTANT

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS OU À RENDRE DANS LE CAS D'UN PLAN DE TRAITEMENT ET DES HONORAIRES DEMANDÉS SAUF ERREURS ET OMISSIONS

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

SIGNATURE DU DENTISTE X _____

DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR)

☐ **DUPLICATA**

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES, LES COMPLICATIONS ET LES CAS SPÉCIAUX.

☐ **PLAN DE TRAITEMENT**

CET ESTIMÉ N'EST VALIDE QUE POUR 60 JOURS. LES HONORAIRES DE TIENNENT PAS COMPTE DES COMPLICATIONS QUI PEUVENT SURVENIR PENDANT OU APRÈS LE TRAITEMENT. LES FRAIS DE LABORATOIRE SONT APPROXIMATIFS.

AUCUNE DATE DE TRAITEMENT NE DOIT APPARAÎTRE SUR LE FORMULAIRE.

IL SE PEUT QUE LES HONORAIRES ET LES FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE MON ASSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENDS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT RENDU. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À MON ASSUREUR OU À SES MANDATAIRES.

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT / TUTEUR) X _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSUREUR

FRAIS ADMISSIBLES	MOTIFS (*)	% DE REMBOURSEMENT A%	B%	C/D%	MONTANT PAYABLE
				TOTAL	

* CODE DES MOTIFS : _____

1. LES PRESTATIONS SONT PAYABLES SELON LE GUIDE DES TARIFS DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC. ÉDITION _____
2. LA FRANCHISE EST DE _____ $ PAR ANNÉE ET CES FRAIS ONT SERVI À SATISFAIRE CETTE FRANCHISE.
3. CE TRAITEMENT N'EST PAS REMBOURSABLE EN VERTU DE LA GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE.
4. LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ ANNUELLE MAXIMALE DE _____ $ A ÉTÉ VERSÉ POUR L'ANNÉE _____
5. L'INDEMNITÉ POUR CE TRAITEMENT N'EST VERSÉE QU'UNE FOIS TOUS LES _____ MOIS.
6. VOIR LA LETTRE EN ANNEXE.
7. AUTRE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

1. NOM DE L'ASSURÉ(E) _____
2. S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR UNE PERSONNE À VOTRE CHARGE, INDIQUEZ LE LIEN DE PARENTÉ : ☐ CONJOINT ☐ ENFANT ☐ AUTRE (PRÉCISEZ) _____
   DATE DE LA NAISSANCE DE LA PERSONNE À CHARGE : ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
   SI LA PERSONNE À CHARGE EST UN ENFANT DE PLUS DE 17 ANS, INDIQUEZ L'INSTITUTION SCOLAIRE FRÉQUENTÉE : _____
3. DANS LE CAS D'UNE PROTHÈSE, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE POSE ? OUI ☐ NON ☐
   SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT : _____
4. SI UN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS EST REQUIS SUITE À UN ACCIDENT, INDIQUEZ LA DATE ET LES DÉTAILS DE L'ACCIDENT : _____
5. DES PRESTATIONS DENTAIRES SONT-ELLES EXIGIBLES EN VERTU D'UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE ? OUI ☐ NON ☐ SI OUI, INDIQUEZ LE NUMÉRO DU CONTRAT ET LE NOM DE L'ASSUREUR : _____

J'AUTORISE LA DIVULGATION À L'ASSUREUR OU À SES AGENTS DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER REQUIS EN RAPPORT AVEC CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE, LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

DATE _____ SIGNATURE **DE L'ASSURÉ(E)** X _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE TITULAIRE DU CONTRAT

1. NOM DE L'EMPLOYEUR / ASSOCIATION : _____
2. N° DE CONTRAT (GROUPE) : _____
   DIVISION : _____
3. N° DE CERTIFICAT DE L'ASSURÉ(E): _____
4. CET(TE) ASSURÉ(E) EST TOUJOURS À VOTRE EMPLOI : OUI ☐ NON ☐
   SI NON, À QUELLE DATE A-T- L / A-T-ELLE QUITTÉ
   ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

DATE _____ **SIGNATURE AUTORISÉE** X _____

RETOURNER À

L'UNION-VIE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE
142, RUE HERIOT , C.P. 696
DRUMMONDVILLE (QUÉBEC) J2B 6W9

 UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.