

DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Le dentiste doit remplir la partie ombragée. L'employé remplit toutes les autres sections. Pour éviter tout retard dans le traitement de la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

DENTISTE

D E N T I S T E	N° unique	Spéc.	N° de dossier du patient	P	Nom du patient _____
	_____	_____	_____	A	
				T	Adresse (domicile) _____
				I	
				E	Ville _____
	N° de téléphone			N	Province _____ Code postal _____
				T	

[illegible]

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des lésions _____

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

CODE INT. DES DENTS	TRAITEMENT – CODE DE L'ACTE SI POSSIBLE	DATE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
		AAAA	MM	JJ

3. Décrivez les problèmes potentiels et dites dans combien de temps ils pourraient survenir _____

Signature du dentiste _____ Date _____

DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT (SUITE)

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

1. Nom de l'employeur _____
2. Nom et adresse de l'employé _____
 _____ Date de naissance de l'employé (AAAA/MM/JJ) _____
3. Lien de parenté du patient avec l'employé _____ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) _____
4. Si votre entreprise a un **Compte gestion-santé**, veuillez appliquer le solde de cette demande de règlement à cette garantie. ☐ Non ☐ Oui
5. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif? ☐ Non ☐ Oui
 Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré _____
 Nom de l'assureur _____ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) _____
6. Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident? ☐ Non ☐ Oui
 Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions de l'accident _____
7. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? ☐ Non ☐ Oui
 L'enfant : ☐ a une incapacité physique/mentale (Une attestation médicale pourrait être exigée.)
☐ est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) _____
8. S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? ☐ Non ☐ Oui
 Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement _____
9. Des soins orthodontiques sont-ils requis? ☐ Non ☐ Oui
10. Veuillez préciser la date de l'accident _____ 20 _____ à _____ heure.
11. Lieu de l'accident _____
12. Est-ce un accident relié au travail? ☐ Non ☐ Oui
13. Date du premier traitement (AAAA/MM/JJ) _____
14. Veuillez donner des précisions de l'accident _____

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

Si la demande de règlement comprend un montant aux termes du Compte gestion-santé, j'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon les dispositions du Compte gestion-santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, je serai la seule personne responsable des impôts à payer.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie, accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :

AVANTAGE MAXIMUM – CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1 888 558 7609 • info@avantagemaximum.ca