

Demande de règlement d'assurance soins dentaires

Envoyer à : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg, Manitoba R3P 2T5
Numériser et envoyer par courriel à : claims.inquiries@peoplecorporation.com
Questions : 1-800-875-7982 Télécopier à : 204-488-6008

Les renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous demeurent strictement confidentiels et sont utilisés seulement pour évaluer votre demande de règlement.

Renseignements sur le patient			Numéro unique du dentiste :			Cession des prestations		
Nom :			Nom :			Je cède par la présente les prestations payables au titre de la présente demande de règlement et j'autorise leur versement direct au dentiste désigné. Signature de l'employé : X _____		
Adresse :			Adresse :					
Ville et province :			Ville et province :					
Code postal :			Code postal :		Téléphone :			
Date du traitement		Code d'acte	Code de la dent	Face dentaire	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	
Jour	Mois	Année						
Renseignements sur l'assurance				Réservé au dentiste				
Nom du participant : _____				1. Traitement nécessaire par suite de ce qui suit :				
Date de naissance : _____ Sexe : _____				<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie ou blessure de nature non professionnelle				
Employeur : _____				Précisions : _____				
No du groupe : _____ No de certificat : _____				2. Traitement nécessitant ce qui suit : <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Couronne <input type="checkbox"/> Pont				
Lien avec le patient : _____				Date de la pose initiale et raison du remplacement : _____				
Date de naissance du patient : _____				3. Renseignements supplémentaires et considérations particulières :				
Renseignements sur le deuxième payeur				<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>La présente est une déclaration exacte des soins et des services fournis et du total des frais exigibles, sauf erreur ou omission.</p> <p>Signature du dentiste: X _____</p>				
Nom du membre de la famille assuré : _____								
Date de naissance : _____ Sexe : _____								
Lien avec le patient : _____								
Nom de l'assureur : _____								
No du groupe : _____ No de certificat : _____								
Autorisation								
J'autorise La Corporation People, ses conseillers et fournisseurs de services, les fournisseurs de soins de santé ainsi que d'autres assureurs, organisations ou fournisseurs de programmes d'avantages sociaux à échanger les renseignements nécessaires pour évaluer ma demande de règlement et administrer le régime d'assurance collective.								
Je certifie que les réponses fournies sont à ma connaissance véridiques, exactes et complètes. Si la présente demande de règlement est présentée au nom de mon conjoint ou d'une personne à ma charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins d'évaluation de la demande et du versement des prestations, s'il y a lieu.								
Je comprends que les frais indiqués dans la présente demande de règlement peuvent ne pas être couverts ou dépasser le montant assuré. Je comprends que je suis financièrement responsable de la totalité du coût des soins et des services reçus et que la présente demande de règlement vise le remboursement des frais admissibles.								
Signature du participant : X _____								