

Formulaire de demande de remboursement pour frais dentaires

Par courriel : claims.inquiries@peoplecorporation.com
Par la poste : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg (Manitoba) R3P 2T5
Question : 1 800 875-7982

Les renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous sont conservés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisés que pour évaluer votre demande de règlement. Veuillez consulter votre carte d'avantages sociaux pour connaître votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

À remplir par le participant au régime

Renseignements sur les participants au régime

Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse électronique : _____

N° de groupe : _____ N° de certificat : _____

Payez le solde en utilisant mon compte de gestion santé (CGS), si j'y ai droit et sous réserve d'un solde du CGS suffisant. Oui Non

Remarque : veuillez-vous assurer que ces dépenses ont été soumises pour remboursement à tous les régimes d'assurance aux termes desquels ces dépenses peuvent être admissibles avant de soumettre une demande de règlement au titre de votre CGS.

Je cède par la présente les prestations payables au titre de la présente demande de règlement et j'autorise le paiement direct au dentiste désigné.

Signature du participant au régime :

Coordination des prestations

Avez-vous droit, vous ou les personnes à votre charge, à des prestations au titre d'un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements relatifs au deuxième payeur :

Nom du participant au régime : _____ Date de naissance : _____

Compagnie d'assurance : _____

N° de groupe : _____ N° de certificat : _____ Date d'entrée en vigueur de la couverture : _____

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Date de naissance : _____

À remplir par le dentiste

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Adresse postale : _____ Numéro unique : _____

Date du service			Code de procédure	Code de dent	Surface de la dent	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
Jour	Mois	Année						

Ce traitement résulte-t-il : d'un accident d'une maladie d'une blessure sur le lieu de travail

Si oui, veuillez fournir des détails, y compris la date, le lieu et ce qui s'est passé :

S'agit-il d'une demande de règlement pour la pose initiale d'un ou d'une :

Prothèse dentaire Couronne Pont

Si la demande de règlement concerne un remplacement, indiquez la date de pose initiale et la raison du remplacement : _____

Pour toute information supplémentaire ou considération particulière :

Signature du dentiste

Date

Autorisation

J'autorise La Corporation People, ses conseillers et prestataires de services, tout prestataire de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, d'autres organisations ou prestataires de services d'avantages sociaux à échanger des informations lorsque cela est nécessaire pour évaluer ma demande de règlement et administrer le régime d'assurance collective.

Je certifie que les réponses données sont, à ma connaissance, vraies, correctes et complètes. Si cette demande de règlement est faite au nom de mon conjoint ou des personnes à ma charge, je suis autorisé(e) à divulguer des informations les concernant, aux fins de l'évaluation et du paiement d'une prestation, le cas échéant.

Je comprends que les frais mentionnés dans cette demande de règlement peuvent ne pas être couverts ou dépasser les prestations de mon assurance. Je comprends que je suis financièrement responsable de la totalité du coût des services reçus et que cette demande de règlement concerne les frais admissibles.

Signature du participant au régime

Date