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	
Adresse	
Ville/Province/Code postal	
Téléphone	
N° permis	

Nom du patient	Prénom
Adresse	App.
Ville	
Province	Code postal
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 :

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 : _____