La Mutuelle Strategys
Fiducie de santé au bénéfice des employés

Formulaire de réclamation
Soins dentaires

PARTIE 1 – DENTISTE	N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	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.
PATIENT PRÉNOM NOM ADRESSE APP VILLE PROVINCE CODE POSTAL	DENTISTE TÉLÉPHONE			SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.	IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À LL'ADMINISTRATEUR OU À L'ASSUREUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS RELIÉS À LA COUVERTURE DE SERVICES DÉCRITE DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AVEC LE DENTISTE NOMMÉ. SIGNATURE DU PATIENT (PARENT/TUTEUR) _____

DATE DU TRAITEMENT (JOUR / MOIS / ANNÉE)	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS ($)

À L'USAGE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSUREUR SEULEMENT			
MONTANT ALLOUÉ	INC	%	PARTIE DU PATIENT
N° CHÈQUE		DATE	
FRANCHISE	PATIENT PAIE	RÉGIME PAIE	

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS. LE TOTAL DES FRAIS EST PAYABLE	TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS	N° DEMANDE DE RÈGLEMENT

INSTRUCTIONS – PRÉSENTATION DE DEMANDES DE RÈGLEMENT

VEUILLEZ REMPLIR ATTENTIVEMENT TOUTES LES PARTIES PERTINENTES ET SIGNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI. LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS OU REJETÉS, ET OCCASIONNERONT DES RETARDS DE PAIEMENT.

PARTIE 2 – EMPLOYÉ/PARTICIPANT

NOM DE L'ASSURÉ
_____
NOM PRÉNOM

NUMÉRO DE CERTIFICAT _____

DATE DE NAISSANCE DU PARTICIPANT _____
JOUR MOIS ANNÉE

N UMÉRO DE RÉGIME COLLECTIF _____

NNom du régime _____

Division _____

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. NOM DU PATIENT
_____

LIEN AVEC L'EMPLOYÉ
_____

DATE DE NAISSANCE _____ SI ENFANT, PRÉCISEZ ÉTUDIANT HANDICAPPÉ
JOUR MOIS ANNÉE

S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE_____

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE? ___ OUI ___NON

DANS L'AFFIRMATIVE, N° POLICE _____

DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____
JOUR MOIS ANNÉE

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____

3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT? NON OUI
DANS L'AFFIRMATIVE, PRÉCISEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, EST-CE LA 1re MISE EN BOUCHE? NON OUI
INDIQUEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON OUI

J'autorise la divulgation de tous les renseignements aux dossiers relatifs à la présente demande à l'administrateur du régime de l'assureur ou j'atteste que les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets autant que je sache.

Signature de l'employé Date jour mois année

TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE SONT DE NATURE PERSONNELLE ET CONFIDENTIELLE. Votre demande de règlement pourrait être refusée et votre couverture pourrait être annulée si vous fournissez des renseignements inexacts, incomplets ou trompeurs, et nous pourrions échanger des renseignements avec votre promoteur de régime sans autre préavis. Toutes sommes ou trop-payés dus conformément aux dispositions du régime collectif doivent être remboursés. La Mutuelle Strategys pourrait déduire ces sommes du paiement de demandes de règlement ultérieures ou exercer d'autres recours jugés nécessaires.

Veuillez retourner ce formulaire à
La Mutuelle Strategys
Service des réclamations
48 Boul. Taschereau, Bur100
La Prairie, QC, J5R 6C1