

Vous pouvez remplir le formulaire à l'écran et l'imprimer  
ou imprimer le formulaire et le remplir à la main.

DENTISTE			
P A T I E N T	Nom	Prénom	N° unique
			Spéc.
			N° de dos. du patient
	Adresse		
Ville		Prov.	Code postal
			Téléphone :
			Signature de l'employé

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Réservé au dentiste pour renseignements supplémentaires sur le diagnostic, procédure ou considérations particulières.

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas remboursés par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient remboursés 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 mon assureur ou à l'administrateur du régime.

DUPLICATA

Signature du patient (parent ou tuteur) Vérification du bureau/Signature du dentiste

Date du traitement Jour Mois Année	Code de l'acte	Code init. des dents	Surfac es des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreur et omission.				<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>		

RAPPEL

VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE.

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ Nous recommandons que les traitements de plus de 500 \$ soit approuvés préalablement par l'assureur.

Régime N° \_\_\_\_\_ N° du certificat \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance : jour \_\_\_\_\_ / mois \_\_\_\_\_ / année \_\_\_\_\_ Sexe F  H

Adresse de l'employé : \_\_\_\_\_

**DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT DES FRAIS À L'ÉGARD DES SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRE SOIT VIRÉ AUTOMATIQUÉMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE, GRÂCE AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ?** Oui , je joins un chèque portant la mention «Annulé» afin de profiter de ce service. Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention «Annulé» sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

### RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est(sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective?  Oui  Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :

Date de naissance de votre conjoint(e) (J/M/A) \_\_\_\_\_ Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Lien de parenté du patient avec l'employé participant au régime :  Lui-même  Conjoint(e)  Enfant
2. Date de naissance du patient : jour \_\_\_\_\_ / mois \_\_\_\_\_ / année \_\_\_\_\_
3. Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez compléter ce qui suit :  
L'enfant est-il handicapé?  L'enfant est-il un étudiant à temps plein?
4. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :  
Date de l'accident \_\_\_\_\_ Endroit où l'accident a eu lieu  Travail  Maison  Autre  
Veuillez expliquer comment l'accident est survenu \_\_\_\_\_
5. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois?  Oui  Non  
Dans la négative, veuillez indiquer la date de la dernière mise en place et la raison du remplacement : Date \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro de certificat à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise Cowan, tout fournisseur de soins de santé, mon gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec Cowan à échanger les renseignements, au besoin, aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Assurance Cowan  
700-1420 place Blair  
Ottawa (Ontario) K1J 9L8  
Telephone: 1-888-509-7797 or 1-613-741-3313