

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom)

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les actes ou pour des considérations particulières :

Duplicata Prédétermination

Dentiste (nom et prénom/adresse/n° de téléphone) _____
Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette réclamation au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

Signature du souscripteur

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette réclamation et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ \$, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Signature du participant _____

Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

DATE (AAAA-MM-JJ)	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
Total des frais soumis						

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

N° de police _____ Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

N° de certificat _____ Date de naissance

AAAA	MM	JJ					

 Sexe : M F Langue : Fr. Angl.

Coordination des prestations

Note importante :

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins dentaires, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective?

Non Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : Individuelle Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance

AAAA	MM	JJ					

1. Si les frais engagés le sont pour une personne à charge, donner les renseignements suivants :

Nom de la personne à charge _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance

AAAA	MM	JJ

Enfant de 18 ans et plus : Handicapé Étudiant à temps plein Nom de l'établissement d'enseignement _____

2. Si la réclamation résulte d'un accident, préciser et remplir le formulaire *Réclamation soins dentaires en cas d'accident (F54-267)* :

Accident au travail Accident d'automobile Autre

3. Est-ce que des traitements à des fins orthodontiques sont prévus?

Oui Non

4. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il d'une première pose?

Oui (veuillez fournir les radiographies prises avant le traitement.)

Non (précisez la date de la pose précédente et la nécessité du remplacement) :

AAAA	MM	JJ

5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle?

Oui (précisez la date de la dernière pose et la nécessité du remplacement) :

AAAA	MM	JJ

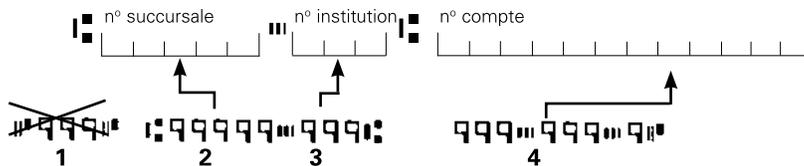
Non

PARTIE 3 : DÉPÔT DIRECT ET NOTIFICATION

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations

À remplir uniquement pour adhérer au dépôt direct ou pour mettre à jour vos renseignements.

Informations bancaires pour le dépôt direct :



1 n° succursale 2 n° institution 3 n° compte

1 2 3 4

1. Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
2. Numéro de la succursale (5 chiffres).
3. Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
4. Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : _____ Personnel Travail

⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.

Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client (ia.ca/moncompte), notre site Web sécurisé.

