LEE-POWER & ASSOCIATES INC.

Demande D'Indemnisation Des Soins Dentaires

En caractères d'imprimerie s.v.p.

1re Partie: Dentiste

No Unique | Spéc. | No 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

Nom *Prénom*

Adresse *App.*

Ville *Prov.* *Code Postal*

DENTISTE

Téléphone:

Signature du (de la) participatn(e)

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 l'assureur ou à l'administrateur du régime.

Duplicata ☐

Vérification/Signature du dentiste

Signature du patient (des parents ou du tuteur)

Date du traitement J M A	Code du Procédé	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés. S.E.&O.

Total des honoraires demandés

Directives

1. Faites remplir la 1re partie par votre dentiste
2. Remplissez les 2e,3e et 4e parties
3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effect à la 1re partie. La cession des prestations est irrévocable.
4. Envoyez la présente demande de règlement à:

Lee-Power & Associates Inc.
616 Cooper St.
Ottawa, ON K1R 5J2
Tel: (613) 236-9007
Fax: (613) 236-0329
CÉ: benefits@lee-power.ca
www.lee-power.ca

2e Partie - Renseignements sur le membre du régime

Nom du groupe: | Numéro du régime: | Numéro du certificat:

Nom du (de la) participant(e) | Date de naissance (J/M/A):

Adresse: | Numéro de téléphone:

3e Partie - Coordination des prestations

Ces soins dentaires sont-ils admissibles en vertu d'une autre assurance collective, d'un autre régime d'assurance soins dentaires, de la commission des accidents du travail ou commission de la santé et sécurité? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré: | Lien de parenté avec l'assuré:

Nom de l'autre assureur: | Numéro de la police: | Date de naissance du conjoint(e):

4e Partie - Renseignements sur le patient

Lien de parenté avec l'assuré	Date de naissance	Étudie-t-il (elle) à temps plein?	Travaille-t-il (elle)?
	Jour/Mois/Année	Complété si la demande est pour un dépendant	

Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non (si "oui", veuillez joindre les détails et date de l'accident)

Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? _____ Oui/Non

Si "non", indiquez la date de la dernière mise en place et joignez une explication _____

Par la présente, j'autorise que tous les renseignements et dossiers relatifs à la présente demande soient divulgués à Lee-Power & Associates Inc. et l'assureur et certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du (de la) participant(e): | Date:

A Lee-Power, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif.