



1 ^{re} PARTIE – DENTISTE										N° UNIQUE		SPÉC.		N° DE DOSSIER DU PATIENT																																																																																																							
P A T I E N T	NOM		PRÉNOM							D E N T I S T E TÉLÉPHONE				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.																																																																																																							
ADRESSE			APP.											SIGNATURE DU PARTICIPANT																																																																																																							
VILLE		PROV.		CODE POSTAL																																																																																																																	
														RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES 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. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION SE RAPPORTANT À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.																																																																																																											
										SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR																																																																																																											
										VÉRIFICATION																																																																																																											
										DIRECTIVES																																																																																																											
										Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le participant au régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.																																																																																																											
										<ol style="list-style-type: none"> 1. Faites remplir la 1^{re} partie par votre dentiste. 2. Remplissez les 2^e et 3^e parties réservées au salarié. 3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la 1^{re} partie. La cession des prestations est irrévocable. D.A. Townley peut discuter des détails relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire. 4. Envoyez la présente demande de règlement à : 																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DATE DU TRAITEMENT</th> <th>CODE DE LA PROCÉDURE</th> <th>CODE INT. DES DENTS</th> <th>SURFACE DE DENTS</th> <th>HONORAIRES DU DENTISTE</th> <th>FRAIS DE LABORATOIRE</th> <th>TOTAL DES FRAIS</th> </tr> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				DATE DU TRAITEMENT			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DE DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																	TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS					
DATE DU TRAITEMENT			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DE DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS																																																																																																													
JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																			
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.																																																																																																																					
2 ^e PARTIE – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ																																																																																																																					
Régime n° _____										Division n° _____		Numéro d'identification du salarié _____																																																																																																									
Nom de l'employeur _____																																																																																																																					
Nom du salarié _____										Date de naissance _____		/ / Jour Mois Année																																																																																																									
Adresse du salarié _____																																																																																																																					
D.A. Townley reconnaît et respecte 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. J'autorise la D.A. Townley, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la D.A. Townley à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.																																																																																																																					
Signature du salarié _____										Date _____																																																																																																											
3 ^e PARTIE – COORDINATION DES PRESTATIONS																																																																																																																					
1. Lien de parenté avec le salarié : _____				2. Date de naissance du patient _____		/ / Jour Mois Année																																																																																																															
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																																																					
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus :				a) Étudie-t-il à plein temps? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		b) S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____																																																																																																															
				c) Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____																																																																																																															
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____		Lien de parenté avec l'assuré _____																																																																																																															
				Nom de l'autre assureur _____		Police numéro _____																																																																																																															
b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																																																					
c) Dans l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : _____																																																																																																																					
6. Le traitement est-il nécessaire suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et		/ / Jour Mois																																																																																																															
				décrivez ce qui s'est produit. _____																																																																																																																	
7. La demande a-t-elle été présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																																																																					
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise		en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés. _____																																																																																																															