Groupe Premier Médical

2, Place Laval, bureau 250
Laval (Québec) H7N 5N6

Tél.: 450 667-7737 • 1 866 967-7737
Téléc.: 450 667-7739

info@gpm.ca
http://www.gpm.ca

DEMANDE DE RÈGLEMENT DE SOINS DENTAIRES ET PLAN DE TRAITEMENT

Dentiste

Nom du dentiste	**Nom du patient**
Adresse	**Prénom(s) du patient**
Ville	Adresse
Province Code postal	Ville
Téléphone	Province Code postal
Numéro de permis	Adresse de courriel

Date du traitement A M J	Code internat. de la dent	Code de l'acte	Surface ou sextan		Honoraires du dentiste	Au total	ADMINISTRATEUR DU RÉGIME
				Total des honoraires demandés			
				Date : Année Month Jour		TOTAL	

La présente est une description exacte de soins fournis ou à fournir s'il s'agit d'un plan de traitement et des honoraires s'y rapportant, sauf erreur ou omission.

☐ **DUPLICATA**

☐ **Plan de traitement**

Signature du dentiste

Il se peut que les honoraires et les frais indiqués sur la présente formule ne soient pas couverts par mon régime collectif ou qu'ils ne le soient qu'en partie. Je comprends donc qu'il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit intégralement rémunéré pour le traitement rendu. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à mon organisme assureur ou à ses mandataires.

Cette évaluation n'est valide que pour les 60 jours. Les honoraires ne tiennent pas compte des complications qui peuvent survenir pendant ou après le traitement. Les frais de laboratoire sont approximatifs. **Aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire.**

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.

Signature du patient

Signature du participant

Assuré / Participant	Titulaire du contrat
Section 1	**Section 1**
Date de naissance du patient (jj/mm/aa) :	No. de client / No. de groupe :
Lien de parenté (ou autre) du patient avec le participant :	Catégorie / Classe :
Étudiant 18 ans ou plus : ☐ Étudiant ☐ Handicapé	
Section 2	**Section 2**
Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou un régime d'assurance dentaire? ☐ Oui ☐ Non	Nom du participant :
Numéro de police :	**Section 3**
Nom de la compagnie d'assurance :	Code d'usager GPM / No. de certificat :
Section 3	
Le traitement est-il nécessaire suite à un accident? ☐ Oui ☐ Non	
Date de l'accident (jj/mm/aa) :	**Section 4**
Nature de l'accident :	Date de résiliation (jj/mm/aa) :
Section 4	
Est-ce qu'il y a des soins orthodontiques? ☐ Oui ☐ Non	
Section 5	**Section 5**
S'il s'agit d'une prothèse fixe ou amovible, est-ce la première sur la(les) dent(s) à traiter ou en traitement? ☐ Oui ☐ Non	Demande d'indemnité soumise auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST). ☐ Oui ☐ Non
Raison du remplacement:	
Date de la première prothèse (jj/mm/aa) :	
Section 6	**Section 6**
Nom du participant :	Titulaire du contrat :
Adresse :	
Ville / Province / Code postal :	
Signature : Date (jj/mm/aa) :	Date (jj/mm/aa) :

Tous les renseignements donnés sur le présent formulaire sont confidentiels