



PARTIE 1 — RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT-E DE LA CITÉ PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom, Prénom (en lettres moulées)			Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			L C C			
Adresse		App.		Ville		Province		Code postal	
Téléphone				Courriel étudiant					

PARTIE 2 — SOINS DENTAIRES (À REMPLIR PAR LA OU LE DENTISTE)

Date du traitement (JJ-MM-AAAA)	Code du procédé	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de labo	Total

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

Montant admis	Fréq.	%	Payable par le ou la client-e

Dentiste		Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales				N° de la demande d'indemnité :	
Téléphone		N° de licence				Franchise :	
						Paiement de l'assuré-e :	
						Paiement de l'assureur :	
						Chèque n° :	
						Date :	

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs et omissions.

Signature de la ou du dentiste Date (JJ-MM-AAAA) Total honoraires

PARTIE 3 — RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE, LE PATIENT (UN FORMULAIRE PAR PATIENT-E)

La patiente, le patient est (cocher une des trois options et, au besoin, fournir les renseignements demandés) :

L'étudiant-e de La Cité participant au régime conjoint-e du membre

tel qu'identifié dans la partie 1 ci-dessus enfant à charge du membre

Nom, Prénom (conjoint-e ou enfant) Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

S'il s'agit d'un enfant de 21 ans ou plus : ↑ Code étudiant de l'enfant + ↑ Nom de l'établissement d'enseignement

1. Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective ou dentaire, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou d'un régime d'assurance du gouvernement ? Si oui, spécifier ↓
- N° de la police Nom de l'assureur ou du régime Date de naissance du, de la conjoint-e
- OUI NON OUI NON
2. Les soins requis sont-ils liés à un accident ? OUI NON
3. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont : s'agit-il de la première mise en bouche ? OUI NON

PARTIE 4 — ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT

Si les frais indiqués sur cette demande ne sont pas couverts par le régime auquel je participe ou s'ils ne sont couverts qu'en partie, il m'incombe de voir à ce que ma ou mon dentiste soit rémunéré-e 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.

À SIGNER SI L'ASSUREUR PAIE DIRECTEMENT LA OU LE DENTISTE

Je cède à la ou au dentiste nommé-e dans la pré-sente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature (étudiant-e de La Cité participant au régime) Date (JJ-MM-AAAA) Signature (étudiant-e de La Cité participant au régime)

Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels. Les bénéfices ne s'appliquent pas nécessairement à chaque étudiant-e. Le remboursement sera fait au nom de l'étudiant-e de La Cité. Inscrivez-vous au dépôt direct pour accélérer le remboursement. CE FORMULAIRE ET LES REÇUS ORIGINAUX DOIVENT ÊTRE POSTÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :

Plan Major, 763, boulevard St-Joseph, Gatineau, Québec, J8Y 4B7