KECHNIE BENEFITS

Formulaire de réclamation de soins dentaires

CANADIAN DENTAL ASSOCIATION / L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

PARTIE 1 - DENTISTE

Nom complet du patient

Adresse App.

Ville Province Code postal

Dentiste

Téléphone :

Je cède par la présente mes prestations payables en vertu de cette réclamation au dentiste susnommé et autorise que le paiement lui soit versé directement.

Signature du cotisant

À l'usage exclusif du dentiste - pour de plus amples renseignements, diagnostic, procédures ou considérations spéciales

Duplicata ☐

Je comprends que les honoraires indiqués dans cette réclamation peuvent ne pas être couverts ou peuvent dépasser les prestations prévues dans mon régime. Je comprends que je suis financièrement responsable envers mon dentiste pour tout le traitement. Je reconnais que les honoraires totaux de _____$ reconnais que les honoraires totaux de _____$ sont exacts et ont été postés à ma charge pour service rendu. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur ce formulaire de réclamation à mon assureur/administrateur du régime.

Signature du patient (Parent/tuteur)

Date du service	Code de la procédure	Code int. des dents	Faces dentaires	Honoraire du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

Ceci est une déclaration exacte des services rendus et du total des honoraires dus et payables.

TOTAL DES FRAIS RÉCLAMÉS:

**** RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS ****

Plan avant traitement : Si votre dentiste a recommandé des couronnes et/ou un pont ou toute autre dépense de soins dentaires de plus de 500 $ (par patient), veuillez demander à votre dentiste de remplir un plan avant traitement et le soumettre à Kechnie Benefits avant de commencer le traitement.

Coordination des avantages : Une méthode utilisée dans l'industrie de l'assurance pour déterminer l'ordre de paiement des avantages lorsque le conjoint et les enfants sont couverts par plus d'unrégime. Par exemple, un conjoint qui est couvert par son propre soumettre à ce régime de l'employeur et les réclamations pour les enfants doivent être soumises en premier au régime du parent dont le mois /jour de naissance survient en premier dans l'année civile.

Instructions de mise à la poste : Envoyez votre formulaire dûment rempli à **Kechnie Benefits**

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME

ID du membre _____ Police/régime # : _____ Adresse : _____

Nom de l'employeur _____

Nom du membre du régime _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F Section : _____ Téléphone : (_____) _____

Jour Mois Année

PARTIE 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1) Lien de parenté avec membre du régime : MÊME CONJOINT ENFANT

Date de naissance : _____

Jour Mois Année

Enfants seulement - cocher si : Université/collège à temps plein ☐ Handicapé ☐

2) S'agit-il du remplacement d'une couronne, d'un pont ou d'une prothèse dentaire ? Non Oui

Si oui, date du remplacement précédent : _____

Jour Mois Année

3) Le traitement est-il requis à des fins d'orthodontie ? Non Oui

PARTIE 4 - COORDINATION DES AVANTAGES ET RENSEIGNEMENTS D'ACCIDENT

1) Est-ce que des dépenses sont réclamées d'un autre régime collectif ? Non Oui

Si oui, fournir les renseignements suivants au sujet de la personne qui est le MEMBRE DE L'AUTRE RÉGIME :

Nom de l'autre membre : _____

Numéro de certificat/ID : _____

Date de naissance : _____

Jour Mois Année

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Police/régime # : _____

2) Si votre couverture de soins dentaires sous un autre régime d'assurance collective a été annulée, veuillez indiquer la date de l'annulation : _____

Jour Mois Année

3) Est-ce qu'un traitement est requis par suite d'une blessure accidentelle ? Non Oui

Si oui, est-ce que l'accident est survenu au travail ? Non Oui

Veuillez joindre une lettre 1) Expliquant les détails de la blessure accidentelle et 2) Indiquant si un tiers est responsable

Date de la blessure accidentelle : _____

Jour Mois Année

PARTIE 5 - AUTORISATION

Je certifie que les renseignements fournis sur ce formulaire sont vrais, exacts et complets au meilleur de ma connaissance. J'autorise la divulgation par tout fournisseur de soins à Kechnie Benefits ou à ses agents de toute information nécessaire à l'administration de cette réclamation ou de mon régime collectif. Cette autorisation peut inclure la divulgation de renseignements aux pharmacies, médecins ou dentistes afin de promouvoir l'utilisation sûre et efficace de médicaments. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du membre du régime

X _____

Date : _____

Jour Mois Année

Kechnie Benefits, 262 Queen Street South, Kitchener, ON N2G 1W3
Tel: (519) 571-2020 / 1-866-710-7080 Fax: (519)-571-2424 / 1-866-710-7888

Dernière revision:
April 2006