

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

www.inalco.com

## DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

**Québec**  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest**  
C. P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3

### PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom) _____ Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les procédés ou l'ajout de considérations particulières : _____ _____ _____ Duplicata <input type="checkbox"/> Prédétermination <input type="checkbox"/>	Dentiste (nom et prénom / adresse / n° de téléphone) _____ _____ _____ Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette demande de règlement au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier. _____ Signature du souscripteur Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette demande de règlement et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ \$, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus. Signature du participant _____ Vérification (dentiste) _____
---	---

### Traitements et services donnés au patient

A	Date		Code du procédé	Code interne de la ou des dents	Surface de la ou des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
	M	J						

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

**Total des frais soumis**

--

### PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

N° de police 

--	--	--	--	--	--

 Nom du titulaire de la police \_\_\_\_\_

Nom du participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N° de certificat 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--

 Sexe :  M  F Langue :  Fr.  Angl.

### COORDINATION DES PRESTATIONS

#### NOTE IMPORTANTE

En vertu de la section de votre régime portant sur la coordination des prestations, si votre conjoint participe à un régime qui couvre les soins dentaires, les frais engagés par votre conjoint doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint, s'il y a lieu, est-il couvert par un autre régime d'assurance collective?  Non  Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_ Protection :  Individuelle  Familiale

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--

VEUILLEZ S.V.P. REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.

