# MDM INSURANCE SERVICES INC. — Demande d'Indemnisation des Soins Dentaires Formulaire Normalisé

| **PARTIE 1 DENTISTE** | Nº UNIQUE | SPÉC. | Nº de dossier du patient |
|---|---|---|---|

**PATIENT**

**DENTISTE**

Nº de Téléphone

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce quelles lui soient versées directement.

**S.V.P. VEUILLEZ PAYER LE PARTICIPANT**

Signature du Participant

**RÉSERVÉ AU DENTISTE** - POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIC, ACTES OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES.

❒ Duplicata du Formulaire

Il est entendu que les frais énumérés ci-dessus peuvent ne pas avoir droit au remboursement ou peuvent dépasser le montant des prestations prévues au titre du régime. Je reconnais être financièrement responsable envers mon dentiste pour l'ensemble du traitement. Je déclare que le total des frais, $, est exact et m'a été facturé pour les services rendus. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans le présent formulaire à ma compagnie d'assurance ou à l'administrateur du régime.

Signature du Client (parent/tuteur)

Vérification du Bureau

| Date du Service | | | Code de l'Acte | Code Int. de la Dent | Surfaces de la Dent | Honoraire 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.

**TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS**

## PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME

Nº de Police Nº de la Division Nom du Participant (en lettres moulées)

Employeur Date de Naissance du Participant (M/J/A)

## PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Lien de parenté avec l'employé / participant au régime: _____ Date de naissance (M/J/A) _____
   S'il s'agit d'un enfant de plus de 21 ans: est-il scolarisé? Non___ Oui___ Nom de l'établissement scolaire _____
   Est-il handicapé? Non___ Oui___ Dans l'affirmative, fournissez-vous une preuve? _____
2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la C.A.T. ou un régime d'assurance d'état? Non___ Oui___
   Nº de la police _____ Date de naissance du conjoint (M/J/A) _____ Nom de l'autre assureur ou régime _____
3. Si vous avez un compte soins de santé (CSS), les frais non-couverts par votre régime devraient-ils être remboursés par votre CSS, avant le régime de votre conjoint? Non___ Oui___
4. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Non___ Oui___ Si oui, indiquer la date et donner des précisions sur une feuille distincte.
5. Si le traitement comprend une prothèse, une courrone ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Non___ Oui___
   Indiquer la date de la mise en bouche précédente (M/J/A) _____
   Et les raisons du remplacement: _____
6. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non___ Oui___

Il est entendu que MDM Insurance Services Inc. (MDM) s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels fournis. Il est entendu que des renseignements faux ou incomplets peuvent retarder la demande de règlement ou elle peut être refusée. J'atteste que les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et exacts. J'autorise toute personne et organisation ayant des renseignements pertinents à cette demande de règlement de divulguer ou échanger à MDM et ses représentants, les renseignements nécessaires pour évaluer la validitée de cette demande ou pour déterminer l'admissibilité aux prestations, ou nécessaire à la gestion administrative. J'autorise également le partage d'information portant sur cette demande de règlement avec le dentiste sous-nommé. Je confirme que je suis autorisé d'agir au nom de mon conjoint et de les personnes à ma charge en ce qui concerne cette demande. Une reproduction de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signature de l'Employé / Participant au Régime Date (M/J/A)

Pour faire une demande veuillez remplir ce formulaire et l'adressée à: Poste: **MDM Insurance Services Inc. PO.Box #970, Guelph, Ontario N1H 6N1**
Courriel: **inquiry@mdm-insurance.com** Télécopie: **519-836-4909**