

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :

Assurance individuelle : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404

Assurance collective : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236.

Télécopieur : 450 778-2519 / Courriel : prestations@humania.ca / **Site Internet** : www.humania.ca

Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

IMPORTANT

1. Si possible, veuillez attendre que les frais engagés atteignent au moins 100 \$ ou l'équivalent de votre franchise avant de présenter une demande de règlement.
2. Pour tout montant exceptionnellement élevé (500 \$ et plus), veuillez soumettre au préalable une estimation écrite afin que nous puissions vérifier l'admissibilité de votre demande de règlement.

Partie A – Dentiste

Patient

Nom _____ Prénom(s) _____ Initiale _____

Adresse de résidence principale (n°, rue) _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° 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 qu'elles lui soient versées directement.

Signature du participant _____ **Date** _____ (JJ/MM/AAAA)

Dentiste	N° unique	Spec	N° de dossier du patient
	Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, ou les actes, ou autres considérations particulières. <input type="checkbox"/> Duplicata		
N° de téléphone _____			

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré 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. J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommé désigné.

Signature du patient, des parents ou du tuteur _____ **Date** _____ (JJ/MM/AAAA)

Date du traitement (JJ/MM/AAAA)	Code de l'acte	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	Réservé à l'administrateur du régime
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							

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

IMPORTANT

1. Dans le cas de soins majeurs, veuillez faire remplir la partie H au verso par votre dentiste.
2. S'il s'agit d'un accident dentaire, veuillez remplir la partie F et faire remplir la partie G par votre dentiste.

Partie B – Déclaration du réclamant

Police n° _____ Certificat n° _____ Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)

M. Mme Mlle Nom _____ Prénom(s) _____

Adresse (n°, rue) _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone _____ Langue Fr. Ang.

Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent) _____

Partie C – Dépendants – À compléter seulement si vous réclamez pour un nouveau dépendant ou lors d'un changement.

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

IMPORTANT

Si vous réclamez pour un enfant à charge, âgé de 21 ans et plus, qui est étudiant à plein temps dans une maison d'éducation reconnue, veuillez nous faire parvenir une preuve d'études.

Partie D – Coordination des prestations – Veuillez remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur.

Comment réclamer lorsqu'il y a deux assureurs : votre conjoint doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être présentées d'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe le plus tôt dans l'année civile. Si les demandes ont déjà été soumises à un autre assureur, veuillez fournir à Humania Assurance le détail des prestations versées ainsi que des copies des reçus.

Nom de la compagnie d'assurances collectives de votre conjoint	Police n°	Certificat n°
--	-----------	---------------

Protection : **Assurance maladie** Individuelle Familiale

Soins dentaires Individuelle Familiale

Date d'effet de la coordination des prestations _____ (JJ/MM/AAAA)

Date de terminaison de la coordination des prestations (si applicable) _____ (JJ/MM/AAAA)

Déclaration du réclamant (suite)**Partie E – Budget Santé – Dentaire – Si vous avez cette couverture, veuillez cocher les options désirées.**

Si aucune case n'est cochée, la demande sera traitée sous votre couverture de base et aucune demande de révision de cette option ne pourra nous être soumise par la suite. Seuls les frais médicaux reconnus par la loi fédérale de l'impôt sont admissibles.

1. Je ne désire pas utiliser mon Budget Santé – Dentaire
2. **Partie des frais non admissibles** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.
3. **Couverture familiale du conjoint** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

Partie F – Déclaration d'accident – Veuillez remplir cette section si les frais soumis sont reliés à un accident.

Date de l'accident _____ (JJ/MM/AAAA) Lieu de l'accident _____

Circonstances de l'accident : _____

Date du premier traitement _____ (JJ/MM/AAAA) Nom du praticien : _____

Le patient est-il assuré en vertu d'un contrat d'assurance accident ? Oui NonEst-ce qu'une partie de ces frais a fait l'objet d'une demande auprès d'un régime gouvernemental (CSST, SAAQ, IVAC, ...) ? Oui Non**Partie G – Soins reliés à un accident – À faire remplir par le dentiste.**

1. N° des dents endommagées par l'accident _____

2. État des dents avant l'accident (Étaient-elles saines, entières et non dévitalisées ? Préciser. S'il vous plaît inclure les Rayons-X). _____

3. Si le traitement ne peut être donné immédiatement, précisez la date et la nature du traitement futur et la cause du délai. _____

4. Précisions supplémentaires : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus relatifs aux soins et aux honoraires sont exacts et que le traitement donné était indispensable par suite de l'accident.

Signature du dentiste _____ Spécialité (s'il y a lieu) _____ **Date** (JJ/MM/AAAA) _____**Partie H – Soins majeurs – À faire remplir par le dentiste.****Prothèses amovibles**S'agit-il de la pose initiale d'une prothèse ? Oui Non

Si oui, indiquez la date de l'extraction des dents remplacées par la prothèse.

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer :

A. La date de la mise en bouche précédente :

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

B. La raison du remplacement : _____

Ponts fixes

Veuillez nous faire parvenir la radiographie panoramique prise avant le traitement ou deux radiographies interproximales (côtés gauche et droit).

S'il s'agit de la pose initiale d'un pont fixe, indiquez :

A. La date de l'extraction des dents remplacées :

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

B. La date de la pose précédente si une prothèse partielle est remplacée par le pont fixe :

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

C. Énumérez toutes les dents manquantes : _____

S'il s'agit d'un remplacement, indiquez :

A. La date de la mise en bouche précédente :

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

B. La raison du remplacement : _____

Couronnes, facettes, incrustations

Veuillez nous faire parvenir les radiographies périapicales de la dent traitée prises avant traitement.

S'agit-il de la pose initiale d'une couronne ? Oui Non

A. La date de la pose précédente :

Date _____ (JJ/MM/AAAA)

B. La raison du remplacement : _____

C. Ajoutez tous les détails pertinents à l'étude de la demande : _____

Signature du dentiste _____ **Date** _____ (JJ/MM/AAAA)