

1. FOURNISSEUR		N° unique	Spéc	N° de dossier du patient				
P A T I E N T	Nom _____ Prénom _____	D E N T I S T E	Téléphone : _____					
	Adresse _____ App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____							
S'agit-il d'une nouvelle adresse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		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.						
Réservé au fournisseur pour des renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières.		J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans cedit formulaire.					Signature du patient (des parents ou du tuteur)	
<input type="checkbox"/> Duplicata								
Date du traitement (AAAA-MM-JJ)	Code de la procédure	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du fournisseur	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis	Code
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.				<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>				

**Attention : les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard un an après la date où les frais ont été engagés.**

Signature du dentiste (un tampon encreur n'est pas accepté) \_\_\_\_\_ Date (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ PRINCIPAL DÉTENTEUR DU RÉGIME OU RETRAITÉ	
Nom _____	Prénom _____
N° de client _____	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom _____	Prénom _____
1. Patient : lien de parenté avec l'assuré _____ S'il s'agit d'un enfant majeur, est-il étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'il est étudiant, nom de l'établissement d'enseignement* _____ * Si votre enfant est âgé de 18 à 21 ans, il doit être célibataire et fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, pour être admissible aux demandes d'indemnisation. Vous êtes tenu de nous aviser de tout changement à votre dossier de personnes à charge. Vous pouvez le faire en tout temps en accédant à vos services en ligne.	3. Ces soins sont-ils liés à un événement couvert par un régime provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez l'organisme : <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> IVAC Date de l'événement (AAAA-MM-JJ) _____ N° de dossier _____ <b>La demande d'indemnisation doit d'abord être soumise à l'organisme en cause.</b>
2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____ Nom de l'autre assureur ou du régime _____	4. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée. Date (AAAA-MM-JJ) _____ 5. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et la raison du remplacement. Date (AAAA-MM-JJ) _____ Raison _____

4. CONSENTEMENT		
Je suis autorisé ou autorisée, par mon conjoint ou ma conjointe ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet aux fins de la présente. J'atteste que les renseignements fournis avec cette demande sont complets et exacts. Aux fins d'administration et d'évaluation des demandes ainsi que de prévention de la fraude, j'autorise Médic Construction à collecter des renseignements personnels, médicaux, psychosociaux, et à les communiquer aux administrateurs de régime ainsi qu'aux organismes de réglementation et d'application de la loi. Je comprends que les renseignements seront utilisés et conservés par Médic Construction pour l'administration des garanties. Sauf révocation expresse, la présente autorisation demeure en vigueur pour la durée du traitement de la demande d'indemnisation. Les renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.		
Signature obligatoire de l'assuré (salarié ou retraité) _____	Signature du patient _____	Date (AAAA-MM-JJ) _____

## RÉCLAMATION POUR UNE COURONNE, UNE FACETTE, UNE INCRUSTATION, UN PONT FIXE OU UNE PROTHÈSE

- **S'il s'agit d'une couronne, d'une facette ou d'une incrustation**, veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge de l'appareil existant.
  - **S'il s'agit d'un pont fixe**, veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement montrant clairement les deux côtés de l'arche impliquée. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'un pont initial, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.
  - **S'il s'agit d'une prothèse à remplacer**, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existant.
  - **S'il s'agit d'une prothèse initiale**, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.
- Veillez inclure une copie de la facture relative aux frais de laboratoire avec votre réclamation.**

**Veillez retourner ce formulaire, ainsi que les pièces justificatives agrafées au verso, à cette adresse :**

Médec Construction  
Section de l'assurance maladie  
C. P. 2212, succursale Chabanel  
Montréal (Québec) H2N 0B8

**Pour obtenir des informations complémentaires, veuillez vous adresser au service à la clientèle de la CCQ, au 1 888 842-8282, ou consulter le [ccq.org](http://ccq.org).**