nexgenRx

DEMANDE DE RÈGLEMENT – SOINS DENTAIRES

PARTIE 1 – DENTISTE

NOM	PRÉNOM	N^{O} UNIQUE	SPÉC.	N^{O} DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

ADRESSE

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

DENTISTE

N^{O} DE TÉLÉPHONE

RÉSERVÉ À L'USAGE DU DENTISTE – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTICS, ACTES ET CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

☐ DUPLICATA

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PARTICIPANT _____

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR _____

VÉRIFICATION DU BUREAU

DATE DU TRAITEMENT J M A	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS ($)

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS ($)

☐ COCHEZ S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT

SI LES FRAIS DU TRAITEMENT PRÉVU SONT SUPÉRIEURS À 600 $, VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT À NEXGENRX INC. VOUS SEREZ INFORMÉ DU MONTANT DES FRAIS REMBOURSABLES AU TITRE DU RÉGIME AVANT LE COMMENCEMENT DU TRAITEMENT.

DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (P. EX., COURONNES ET PONTS).

DIRECTIVES D'ENVOI PAR LA POSTE ***Veuillez placer la demande dûment remplie dans une enveloppe et la faire parvenir à l'adresse suivante :***

NEXGENRX INC., 145 WEST MALL, BOX 110 U, TORONTO (ONTARIO) M8Z 5M4

PARTIE 2 – EMPLOYÉ/PARTICIPANT/SOUSCRIPTEUR

1. N^{O} DU CONTRAT_____

2. VOTRE NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____

EMPLOYEUR _____

N^{O} DU CERTIFICAT _____

Voulez-vous le solde impayé de cette demande remboursée à partir des votre compte de depenses de soins de santé ?
□ OUI □ NON

PARTIE 3 – PATIENT

1. LIEN DE PARENTÉ DU PATIENT AVEC LE PARTICIPANT

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) _____

S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ☐ ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ

S'IL EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA CSST OU UN AUTRE RÉGIME D'ÉTAT ? ☐ OUI ☐ NON

N^{O} DU CONTRAT _____

DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MM/AAAA) _____

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR

3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT ? SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS. ☐ OUI ☐ NON

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, EST-CE LA 1RE MISE EN BOUCHE ? SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT ☐ OUI ☐ NON

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS ? ☐ OUI ☐ NON

6. J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET COMPLETS ET QUE JE SUIS AUTORISÉ À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR MON CONJOINT ET LES PERSONNES À MA CHARGE, S'IL Y A LIEU, EN CE QUI A TRAIT AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT QUE JE PRÉSENTE. J'AUTORISE TOUTE PERSONNE DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIFS À CES DEMANDES, NOTAMMENT LE DENTISTE NOMMÉ CI-DESSUS, NEXGENRX, TOUT ASSUREUR, ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU DE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE PUBLIC OU PRIVÉ, ET TOUT VÉRIFICATEUR DES RÈGLEMENTS, À ÉCHANGER CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AUX FINS DE L'ÉVALUATION DES DEMANDES ET/OU DE L'ADMINISTRATION DU PROGRAMME D'ASSURANCES.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE (JJ/MM/AAAA)

Demandes de renseignements