QUIKCARD™

Innovative Benefits Solutions

# Forme De Réclamation Dentaire


**Bureau de l'Ouest du Canada**
200 Quikcard Centre **t 780.426.7526**
17010 103 Avenue **f 780.424.7669**
Edmonton AB T5S 1K7 **1.800.232.1997**

**Bureau de l'Est du Canada**
201 1600 Routes de Bedford **t 902.492.2111**
Bedford, NS B4A 1E8 **f 902.492.2112**
**1.888.846.4484**
**quikcard.com**


## L'Information de Fournisseur

**Nombre D'Indentification** _____

**Nom** _____

**Adresse** _____ **Ville** _____

**Province** _____ **Code Postal** _____

**Téléphone** _____

**Signature de Fournisseur** _____

## Renseignements au Sujet de Patient

**Nom du Patient** _____

**Prénom(s)** _____

**Adresse** _____

**Ville** _____

**Province** _____

**Code Postal** _____

| Date du Traitement J | M | A | Code De L' Acte | Code Int. Des Dents | Surfaces Des Dents | Honoraires Du Dentiste/Frais De Laboratoire | Total Des Frais |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | **Total Des Honoraires** | |

**S-il-vous plaît payer le dentiste** ❑
**S-il-vous plaît payer le participant au régime** ❑

**Date De Naissance Du Patient**

_____ _____ _____
Jour Mois Année

**Nom du Participant au Régime**

_____

_____

**Lien De Parenté Avec Le Participant Au Régime**

_____

**N° d'Identité du Participant**

_____

**N° du Régime**

_____

**Employeur**

_____

**Ces soins Dentaires sont-ils couverts par une autre assurance dentaire** ❑ **Oui** ❑ **Non**

**Si oui, nom de l'autre assureur**

_____

La présente est une description exacte de soins fournis ou à fournirs' il s' agit d'un plan de traitement et des honoraires s'y rapporant, sauf erreur ou ommission.

_____
Signature du dentiste

J'atteste que tous les reseignements presentés dans la cadre de la présente demande, sont à ma connaissance, véridiques, exacts et complets et que je suis éligible aux bénéfices du régime dentaire Quikcard auquel je participe. Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime ou qu'ils ne soient couverts qu' en partie. Il m'incombe donc voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. J' autorise par les présentes Quikcard, dans les cadre de l'administration de prestation, à faire la collecte, divulguer et échanger mes renseignements personnels, avec tout employer médecin, assureur , praticien, fournisseur de soins de santé et tout autre centre médical ou centre lié au domaine de la santé, commission d'accidents de travail ou organisme ou commission similaire, ministère fédéral, provincial ou territorial ou toute société, organisme, institut ou association.

_____
Signature de patient

QUIKCARD™

**N° Du Confirmation**

_____