

Directives**Remplir le formulaire**

1. La personne adhérente doit remplir la section A et apposer sa signature à la fin de la section B.
2. Le fournisseur de soins dentaires doit remplir la section B.

Transmettre le formulaire

1. Par l'Espace client, disponible sur beneva.ca
2. Par télécopieur : 1 877 210-9766
3. Par la poste : C.P. 11051, Succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 0K1

Service à la clientèle

1. 1 888 235-0606
2. Section *Nous joindre* de l'Espace client

A – Déclaration de la personne adhérente**1. Identification de la personne adhérente**

Numéro de groupe		Numéro de certificat/identifiant		Courriel	
Nom			Prénom		
Adresse (N°)		Rue		App.	
Ville		Province		Code postal	
				Téléphone	

2. Identification du patient

Nom		Prénom		Date de naissance	
				A A A A M M J J	

Lien avec la personne adhérente : Personne adhérente Personne conjointe Enfant à charge

Statut de l'enfant : Enfant handicapé Étudiant Établissement scolaire : _____

3. Autre couverture pour frais dentaires

Les frais engagés sont-ils couverts par un autre régime ou une autre assurance? Non Oui

Si oui → Nom de l'assureur ou du régime : _____

Date de naissance du titulaire de l'autre régime : | A | A | A | A | M | M | J | J |

4. Renseignements sur la demande de prestations

Les soins sont-ils requis à la suite d'un accident? Non Oui

Si oui → Quel type d'accident? Travail Route Autre _____

Date de l'accident : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Circonstances de l'accident : _____

Le traitement comprend-il des soins orthodontiques? Non Oui

Le traitement comprend-il une prothèse, une couronne ou un pont? Non Oui

Si oui → Est-ce la première mise en bouche? Non Oui

Si non → Date de la mise en bouche précédente : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Raison du remplacement : _____

5. Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.

6. Déclaration

J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, professionnel en réadaptation, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou services sociaux, organisme privé, public ou parapublic, assureur ou réassureur, employeur ou ancien employeur, titulaire de police, agence de renseignements ou toute autre personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels à mon sujet, tels que des renseignements médicaux nécessaires à l'administration de ma demande de prestations, à les communiquer à Beneva inc. Je reconnais avoir obtenu le consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels par Beneva inc. de la part des autres personnes visées par cette demande, le cas échéant.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Signature de l'adhérent, des parents ou tuteur légal

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

B – Déclaration du fournisseur de soins dentaires

1. Renseignements sur le patient

Nom _____ Prénom _____
Adresse (N°) _____ Rue _____ App. _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

2. Renseignements sur le dentiste

Nom _____ Prénom _____ Numéro de permis _____
Adresse _____

3. Plan de traitement

Date du traitement	Code de la dent	Code de l'acte	Surface ou sextant	Honoraires	Frais de laboratoire	Frais de matériaux	Total
Total des honoraires demandés :							

4. Renseignements complémentaires

Signature du dentiste

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

5. Signatures de la personne adhérente et du patient

Remettre le paiement au fournisseur

Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de prestations et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature de la personne adhérente

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 fournisseur soit rémunéré pour tous les soins rendus. J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné concernant la protection des services décrits dans ce formulaire.

Signature du patient (des parents ou du tuteur)