



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

1ERE PARTIE - FOURNISSEUR. Includes fields for provider name, address, phone number, and patient file number. Includes a signature line for the member of the plan.

Reservé au fournisseur pour des renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières. Includes a section for patient signature and a verification box.

Table with 8 columns: Date du traitement, 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. TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE :

Veillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification RBC Vie pour les renseignements exacts).

2E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / MEMBRE DU RÉGIME. Includes fields for member name, identification number, and date of birth.

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT. Includes fields for patient name, identification number, date of birth, and relationship to patient.

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (continued). Includes questions about dental coverage, orthodontics, and consent to release information.

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.