

****À faire remplir par votre dentiste**

DENTISTE	PATIENT
NOM :	NOM :
ADRESSE :	NUMÉRO D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA :
VILLE / PROV. / CODE POSTAL :	

Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? OUI NON

Ces soins sont-ils reliés à une prothèse dentaire complète ou partielle? OUI NON

Indiquez toutes les dents manquantes ainsi que la(les) date(s) de l'(des) extraction(s) :

N° de dent	Date de l'extraction	N° de dent	Date de l'extraction	N° de dent	Date de l'extraction	N° de dent	Date de l'extraction
11	_____	21	_____	31	_____	41	_____
12	_____	22	_____	32	_____	42	_____
13	_____	23	_____	33	_____	43	_____
14	_____	24	_____	34	_____	44	_____
15	_____	25	_____	35	_____	45	_____
16	_____	26	_____	36	_____	46	_____
17	_____	27	_____	37	_____	47	_____
18	_____	28	_____	38	_____	48	_____

De plus, veuillez indiquer toutes dents devant être extraites : _____

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.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

GREEN SHIELD CANADA
 C.P. 1608, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G6
 À L'ATTENTION DE : SERVICE DES SOINS DENTAIRES
 CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou (519) 739-1133 TÉLÉC. 519 739-0046