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 780.425.1625**
Edmonton AB T5S 1K7 **1.800.232.1997**
quikcard.com

L'Information de Fournisseur

Nombre D'Indentification _____

Nom _____

Adresse _____ **Ville** _____

Province _____ **Code Postal** _____

Téléphone _____

Signature _____ _____
Signature du fournisseur ou du bureau désigné Date

Renseignements au Sujet de Patient

Nom du Patient _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code Postal _____

Veuillez effectuer le paiement à:
◯ **Fournisseur** ◯ **Titulaire de la carte**

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	0

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:

_____

Attestation et consentement

Quikcard n'émet aucune garantie quant à l'admissibilité d'une réclamation en tant que dépense médicale aux termes du paragraphe 118.2(2) de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). En outre, Quikcard ne saurait être tenue responsable par le groupe ou par toute personne couverte par le régime au cas où une réclamation s'avérerait non admissible pour le remboursement d'une dépense médicale, que ladite réclamation ait été payée ou non par Quikcard. Vous pouvez obtenir un exemple de dépense médicale en visitant le site www.quikcard.com ou en prenant contact avec une de nos succursales.

J'atteste qu'à ma connaissance, l'information indiquée dans ce formulaire est vraie, correcte et complète. Je donne mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation par Quikcard Solutions Inc. de mes renseignements personnels et de ceux de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge aux fins d'administration de ce régime de prestations de santé, ce qui implique la vérification, l'évaluation, le remboursement et la contre-vérification de la présente réclamation afin d'optimiser les services dispensés en vertu dudit régime de prestations de santé. Je donne mon autorisation à toute personne ou organisation détenant lesdits renseignements personnels, y compris tout professionnel ou prestataire des soins de santé, organisme provincial de réglementation ou administrateurs de tout autre régime de prestations de santé, de recueillir, d'utiliser et de divulguer lesdits renseignements personnels en vue de les partager entre eux et avec Quikcard Solutions Inc. à des fins précitées. Je déclare solennellement que je suis autorisé à divulguer et à recevoir les renseignements personnels de mon/ma conjoint/e et des personnes à charge à des fins précitées. J'ai pris connaissance que votre Politique de protection de la vie privée est mise à ma disposition sur le site www.quikcard.com ou à l'aide d'une demande écrite à Quikcard Solutions Inc. Je consens en outre qu'une photocopie ou une version électronique du présent formulaire d'attestation et de consentement sont valables sur le plan juridique.

SERVICES ESTHÉTIQUES: Je certifie que les services déclarer sur ce formulaire sont pour raisons de santé et non pour raisons esthétiques.

◯ **Oui** ◯ **Non** (Vous devriez remplir une boîte pour que le formulaire soit traiter.)

QUIKCARD™
N° Du Confirmation
_____

Signature _____ _____
Signature du titulaire de la carte Date

Clear Form Print Form