RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES DES TUAC DU QUÉBEC

S.V.P. Cocher la case appropriée

☐ **DEMANDE DE RÉGLEMENT** ☐ **ÉVALUATION DU PLAN DE TRAITEMENT**

LE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES DES TUAC DU QUÉBEC

PARTIE 1- DENTISTE

PATIENT

NOM DU PATIENT | PRÉNOM(S)

ADRESSE | APP.

VILLE | PROVINCE

CODE POSTAL

DENTISTE

NO. UNIQUE	SPÉC.	NO. DE DOSSIER DU PATIENT

NOM:

ADRESSE

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

DUPLICATA ☐

DATE DU TRAITEMENT			CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
JOUR	MOIS	ANNÉE						

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSION POSSIBLE.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS:

VÉRIFICATION/SIGNATURE DU DENTISTE | DATE | JOUR | MOIS | ANNÉE

CESSION DE PAIEMENT :

☐ JE CÈDE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE RÉCLAMATION AU DENTISTE INDIQUÉ PAR LA PRESENTE, ET AUTORISE QUE LE PAIEMENT SOIT FAIT DIRECTEMENT À CE DERNIER.

SIGNATURE DU SALARIÉ:_____

PROCÉDURE À SUIVRE

À NOTER: L'ANALYSE DE LA DEMANDE POURRAIT ÊTRE RETARDÉE SI LE FORMULAIRE EST INCOMPLET.

1. LE DENTISTE DOIT COMPLÉTER LA PARTIE 1.
2. LE SALARIÉ DOIT COMPLÉTER LES PARTIES 2 et 3.
3. LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE ENVOYÉE À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME PAR L'UN DES MOYENS SUIVANTS :

- **PORTAIL:** monpbas.pbas.ca
- **COURRIEL:** dentaire@pbas.ca
- **POSTE:** PBAS
  Service de règlements soins dentaires
  1200, boul. Crémazie Est, bureau 200
  Montréal (Québec) H2P 0A3

QUESTIONS?

☎ 514 856-1779 / 1-800-361-6915 options 1 et 1

PARTIE 2- RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

NOM: _____ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

DATE DE NAISSANCE:____/____/____ JOUR MOIS ANNÉE

ADRESSE DU SALARIÉ: _____

COURRIEL:_____

NOM DE L'EMPLOYEUR

LANGUE DE COMMUNICATION: FRANÇAIS ☐ ANGLAIS ☐

N° DE CERTIFICAT: 550 – –

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS ET DOSSIERS RELATIFS À LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ADMINISTRATEUR ET CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS ET COMPLETS.

SIGNATURE DU SALARIÉ_____ DATE _____

PARTIE 3- RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1

1) LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ:_____

2) DATE DE NAISSANCE DU PATIENT: ____/____/____ JOUR MOIS ANNÉE

3) SI LE PATIENT EST ÂGÉ DE 21 ANS OU PLUS:
A) ÉTUDIE-T-IL À TEMPS PLEIN? OUI ☐ NON ☐

4) NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE:_____

2

EST-CE QUE VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÊTES COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE DE SOINS DENTAIRES: OUI ☐ NON ☐

NOM DE L'ASSUREUR: _____ POLICE N° _____

NOM DU MEMBRE ASSURÉ DE LA FAMILLE:_____ DATE DE NAISSANCE:____/____/____ JOUR MOIS ANNÉE

3

LE TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT: OUI ☐ NON ☐

SI OUI, INDIQUER LA DATE, LE LIEU ET LES DÉTAILS DE L'ACCIDENT.

4

DANS LE CAS D'UNE PROTHÈSE, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE POSE?
OUI ☐ NON ☐

SI OUI, INDIQUER LA DATE DES EXTRACTIONS
A | M | J
RAISON DU REMPLACEMENT

SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE
DU HAUT A | M | J
DU BAS A | M | J

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES DES TUAC DU QUÉBEC

PLEASE Check the appropriate box

☐ **DENTAL CLAIM REQUEST** ☐ **TREATMENT PLAN EVALUATION**

LE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES DES TUAC DU QUÉBEC

PART 1 - DENTIST

PATIENT

LAST NAME | GIVEN NAME

ADDRESS | APT.

CITY | PROV.

POSTAL CODE

UNIQUE NO.	SPEC.	PATIENT'S OFFICE ACCOUNT NO.

DENTIST

NAME:

ADRESS

CITY, PROV.

POSTAL CODE

PHONE NO.

FOR DENTIST'S USE ONLY FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES, OR SPECIAL CONSIDERATION.

DUPLICATE FORM ☐

DATE OF SERVICE			PROCEDURE CODE	INTL. TOOTH CODE	TOOTH SURFACES	DENTIST'S FEE	LABORATORY CHARGE	TOTAL CHARGES
DAY	MO.	YR.						

THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E. & OE.

TOTAL FEE SUBMITTED:

DENTIST'S SIGNATURE | DATE | DAY | MONTH | YEAR

ASSIGNMENT OF PAYMENT

☐ I HEREBY ASSIGN MY BENEFITS PAYABLE FROM THIS CLAIM TO THE DENTIST AND AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO HIM / HER.

EMPLOYEE'S SIGNATURE:_____

INSTRUCTIONS FOR CLAIM SUBMISSION

IMPORTANT: PAYMENT MAY BE DELAYED IF THIS FORM IS NOT FULLY COMPLETED.

1. THE DENTIST MUST COMPLETE PART 1.
2. THE EMPLOYEE MUST COMPLETE PARTS 2 and 3.
3. THE CLAIM MUST BE SENT TO THE DESIGNATED ADMINISTRATOR BY USING ONE OF THE FOLLOWING OPTIONS:

- **PORTAL:** mypbas.pbas.ca
- **EMAIL:** dentaire@pbas.ca
- **MAIL:** PBAS
  Dental Claims Service
  1200 Cremazie Blvd. East, Suite 200
  Montreal, Quebec H2P 0A3

QUESTIONS?

☎ 514 856-1779 / 1-800-361-6915 options 1 & 1

PART 2 - EMPLOYEE INFORMATION

FULL NAME: _____ (PLEASE PRINT)

DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____ (DAY MONTH YEAR)

ADDRESS OF THE EMPLOYEE: _____

EMAIL: _____

NAME OF THE EMPLOYER (COMPANY)

LANGUAGE OF COMMUNICATION FRENSH ☐ ENGLISH ☐

CERTIFICATE NO: **550** — —

I HEREBY CONSENT TO THE RELEASE OF ALL INFORMATION AND RECORDS RELATING TO THIS CLAIM TO THE ADMINISTRATOR AND CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IS, TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, ACCURATE AND COMPLETE.

EMPLOYEE'S SIGNATURE_____ DATE _____

PART 3 - PATIENT INFORMATION

1

1) PATIENT'S RELATIONSHIP TO EMPLOYEE: _____

2) PATIENT'S DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____ (DAY MONTH YEAR)

3) IF THE PATIENT IS A CHILD OVER 21:
A) IS HE/SHE A FULL-TIME STUDENT? YES ☐ NO ☐

4) IF STUDENT, INDICATE SCHOOL: _____

2

ARE YOU OR ANY OTHER MEMBER OF YOUR FAMILY ENTITLED TO BENEFITS FROM ANY OTHER DENTAL PLAN? YES ☐ NO ☐

IF YES, GIVE NAME AND ADDRESS OF INSURANCE PLAN: _____ POLICY N° _____

NAME OF FAMILY MEMBER INSURED: _____ DATE OF BIRTH ____ / ____ / ____ (DAY MONTH YEAR)

3

IS TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT?
YES ☐ NO ☐

IF YES, GIVE DATE, LOCATION, AND EXPLAIN HOW THE ACCIDENT HAPPENED

4

IF CLAIM IS FOR DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT?
YES ☐ NO ☐

IF YES, INDICATE THE DATE OF EXTRACTIONS
Y | M | D
REASON FOR REPLACEMENT

IF NO, INDICATE THE DATE OF PRIOR PLACEMENT
UPPER Y | M | D
LOWER Y | M | D