



Formulaire de demande de remboursement pour soins dentaires

Ce formulaire de demande doit être utilisé seulement si votre fournisseur n'a pas déposé de requêtes directement à Global Benefits Group (GBG) en votre nom. Envoyez ce formulaire accompagné des **factures détaillées, du diagnostic et des reçus** à l'adresse ci-dessous. GBG doit recevoir vos demandes de remboursement dans 180 jours après le premier jour de traitement.

Veillez envoyer le formulaire de demande dûment rempli avec les pièces justificatives à Global Benefits Group :

- **Soumettre :** eclaims@gbg.com / **Demandes :** customerservice@gbg.com
- **Courrier :** PO Box 211008, Eagan, MN 55121 USA
- **Fax :** +1.949.271.2330

A. INFORMATIONS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Nom (Famille, Prénom) :

N° de police :

N° ID GBD :

Date de naissance :

(JJ/MMM/AAAA, p. ex. 23/NOV/1988)

Employeur (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal :

Pays :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

B. INFORMATIONS DU PATIENT

Nom (Famille, Prénom) :

Patient : Conjoint (e) à charge Enfant à charge

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA) :

Adresse :

Code postal :

Pays :

C. INFORMATIONS DE RÉCLAMATION

Date à laquelle la maladie / la blessure est survenue (JJ/MMM/AAAA) :

Décrivez le problème, les symptômes ou la plainte :

Diagnostic du médecin / Résultats de votre visite :

Un diagnostic ou un traitement pour le même problème de santé ou une affection connexe a-t'il déjà été établi précédemment ? Si oui, veuillez inscrire ci-dessous les dates, résultats, sorte de traitement et médicaments prescrits ainsi que le nom du médecin ou du centre de soins :

La blessure ou maladie était-elle liée de quelque façon à :

- a. La profession du patient ? Oui Non
- b. Un accident de voiture ? Oui Non
- c. Tout type d'accident ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez indiquer la date et les détails de l'accident :

Le patient est-il couvert par :

- a. Un ou plusieurs autres régimes collectifs d'assurance-santé/dentaire ? Oui Non
- b. Medicare / un autre programme gouvernemental ? Oui Non
- c. Hors-faute assureur auto ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez indiquer :

Nom de l'assureur :

Numéro de police autre émetteur :

Adresse assureur :

ORTHODONTIE

Les services d'orthodontie sont-ils inclus ? Oui Non

Si oui, s'agit-il du traitement initial ? Oui Non

Date de mise en place de l'appareil (JJ/MMM/AAAA) :

Mois de traitement restants :

Date d'achèvement prévue (JJ/MMM/AAAA) :

Coût total du traitement en cours :

COURONNES, BRIDGES ET PROTHÈSES DENTAIRES

Remplacement d'une prothèse (couronne, pont, prothèse dentaire) ? Oui Non

Si oui, date de la prothèse d'origine (JJ/MMM/AAAA) :

Date de mise en place initiale ou de réparation, s'il y a lieu (JJ/MMM/AAAA) :

Dents d'origine concernées (numéros) :

Raison du remplacement :

L'original a été : Endommagé Perdu ou volé Autre :

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN / L'INSTITUT

Nom Médecin / Institut / Prescripteur :

Adresse :

Code postal :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

REÇUS (Afin de recevoir le paiement, veuillez joindre les factures et remplir la liste des traitements et/ou médicaments prescrits ainsi que les frais correspondants ci-dessous)

Date prestation (JJ/MMM/AAAA) :	Description de chaque traitement et/ou médicament prescrit	Montant	Devise
Montant total payé par le patient :			
Montant reste dû au prescripteur :			

D. INFORMATIONS DE PAIEMENT

Personne à rembourser : Assuré principal Prescripteur (Règlement par chèque)

TYPE DE PAIEMENT (Veuillez effectuer le paiement comme indiqué ci-dessous)

Adresse de l'assuré (Section A)

Autre adresse postale :

Envoi par Virement Électronique Direct (la banque doit être située aux États-Unis) ou par virement bancaire (la banque ne doit pas être aux États-Unis)

Nom de la banque :

Titulaire du compte :

N° de compte / IBAN :

N° d'acheminement ABA (pour transfert électronique) :

Code SWIFT (pour virements bancaires) :

Adresse de la banque (pour virements bancaires) :

E. AUTORISATION

Toute personne déposant sciemment une demande de remboursement contenant une déformation ou toute information fausse, incomplète ou trompeuse, est coupable d'un acte criminel punissable conformément à la loi et peut être soumise à des poursuites judiciaires.

Les réponses précédentes sont à ma connaissance aussi vraies et précises que possible. Par la présente, j'autorise toute institution médicale ou gouvernementale, pharmacie, compagnie d'assurance, employeur, syndicat ou association à fournir à Global Benefits Group toute information nécessaire au paiement et/ou remboursement des soins reçus, s'ils me sont dus, à moi, à mon époux/se, ou à toute autre personne à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme valide, au même titre qu'un exemplaire original.

Assuré (e)

Nom :

Date :

Signature :

En tapant mon nom dans le champ « signature », je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.

Avis concernant le traitement équitable

Le Groupe GBG se compose de compagnies d'assurance, de sociétés de courtage et de gestion ainsi que de sociétés d'assistance et d'exploitation. Nous respectons votre vie privée et nous nous engageons tous à protéger vos informations à caractère personnel.

Notre politique de confidentialité vous en dit plus sur vos droits en matière de protection des données personnelles et sur la façon dont la loi vous protège. Elle précise la manière dont nous collectons puis traitons vos informations personnelles. Vous pouvez consulter notre politique de confidentialité sur notre site Internet à l'adresse suivante : <https://www.gbg.com/privacy-policy>. Nous vous invitons à prendre connaissance de ce document afin de mieux comprendre vos droits et la façon dont vos données personnelles sont utilisées par le Groupe GBG.