



Demande de renseignements supplémentaires : accident aux dents naturelles

À remplir par l'assuré

N° de certificat Beneva de l'adhérent			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

Patient : _____ (personne accidentée)

Date de naissance : | A | A | A | A | | M | M | J | J | (de la personne accidentée)

Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile ? ☐ Oui ☐ Non

Le traitement est-il requis suite à un accident de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Le traitement est-il requis suite à un accident lors d'un voyage ? ☐ Oui ☐ Non

La date et les circonstances exactes de l'accident :

Les informations suivantes devront être fournies par votre dentiste

Fournir les radiographies avant (consultez votre dentiste régulier si nécessaire) et après l'accident

Date des radiographies avant l'accident : _____

Date des radiographies après l'accident : _____

Commentaires concernant les radiographies (s'il y a lieu)

Les numéros des dents impliquées lors de l'accident :

Assurance collective

Beneva inc.

2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-

Foy, Québec QC G1V 4H6

beneva.ca

La condition des dents avant l'accident :

La condition des dents après l'accident :

Les traitements exécutés en rapport avec cet accident (svp joindre la réclamation originale avec cette lettre) :

Les traitements planifiés en rapport avec cet accident (svp joindre le plan de traitement avec cette lettre) :

Autres commentaires pertinents :

Signature du dentiste

| A A A A | M M | J J |

Date

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au www.beneva.ca.

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____ / _____ / _____

IMPORTANT

- Envoyez les originaux de vos factures et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux ne vous seront pas retournés.

Pour tout renseignement supplémentaire, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle en composant sans frais le 1 877 651-8080. Veuillez nous retourner cette lettre avec votre réponse ainsi qu'une demande de prestations ou d'évaluation dûment remplie, s'il y a lieu.

Noter que toutes réclamations de soins dentaires accidentels doivent nous être acheminées par courrier à l'adresse suivante :

Gestion de l'assurance santé – Prestations
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6