

Formulaire de demande de remboursement dentaire

COORDONNÉES DU PATIENT

À compléter par le bénéficiaire ou son représentant légal.

1 Nom du patient			
2 Identifiant de la police		3 Date de naissance du patient	
4 Adresse postale complète du patient			
5 Nature de la maladie			
Adresse e-mail			
Tél. :		Fax :	
6 Avez-vous une autre police d'assurance santé ou voyage avec laquelle vous pourriez recevoir le remboursement total ou partiel de ces frais ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu « oui » à la rubrique 6, veuillez donner des détails ci-dessous : Nom et prénom Numéro de police d'assurance Adresse de la compagnie d'assurance			

INFORMATIONS RELATIVES AUX PAIEMENTS

À compléter par le bénéficiaire ou son représentant légal.

7 Liste des frais pour lesquels un remboursement est demandé et montant		8 Indiquez à qui vous souhaitez que le montant soit versé et dans quelle devise		
Traitement	Date	Payé	Paiement à	Devise
9 Mode de paiement disponible pour le remboursement				<input type="checkbox"/> Virement bancaire
10 Veuillez indiquer vos coordonnées bancaires ci-dessous:				
Numéro de compte bancaire		Nom de la banque		
Code guichet		Nom du titulaire du compte		
Code Swift*		IBAN*		
Adresse de l'agence bancaire				
11 J'autorise la communication de toute information médicale nécessaire au traitement de cette demande. À ma connaissance, toutes les informations données sont exactes.				
Signature de la personne assurée (ou de son représentant légal) :			Date:	

*Ces informations permettront à la banque destinataire de transférer plus efficacement le paiement.

CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE DENTISTE

TRAITEMENT PRÉVENTIF				
CODE	TRAITEMENT	NBRE D'UNITÉS	DATE DU TRAITEMENT	À CHARGE DU PATIENT
EXAMENS				
A01	Normal			
A11	Étendu			
A21	Évaluation complète du dossier			
RADIOGRAPHIES				
B01	Interproximale			
B02	Intra-orale			
B03	O.P.G.			
DÉTARTRAGE ET POLISSAGE				
E01	Une seule visite			
D01	Résine de scellement			
D11	Fluoration topique			
MOU	Plaque occlusale			

TRAITEMENT MINEUR				
CODE	TRAITEMENT	NBRE D'UNITÉS	DATE DU TRAITEMENT	À CHARGE DU PATIENT
OBTURATIONS				
G01	Amalgame - une surface			
G02	Amalgame - deux surfaces			
G03	Amalgame - trois surfaces et plus			
G21	Composite - une surface			
G22	Composite - deux surfaces			
G31	Frais supplémentaires d'utilisation d'une broche			
TRAITEMENT DU CANAL RADICULAIRE				
H01	Antérieur supérieur et inférieur (1 racine)			
H02	Prémolaire supérieure (2 racines)			
H03	Prémolaire inférieure (1 racine)			
H04	Molaires (3 racines et plus)			
EXTRACTIONS				
L01	Unique			
L02	Par dent supplémentaire			
N11	Soins postopératoires			

TRAITEMENT MAJEUR				
CODE	TRAITEMENT	NBRE D'UNITÉS	DATE DU TRAITEMENT	À CHARGE DU PATIENT
TRAITEMENT PARODONTAL (NON CHIRURGICAL)				
E21	Prolongé (curetage/surfaçage radiculaire)			
F51	Attelles			
TRAITEMENT PARODONTAL (CHIRURGICAL)				
F01	Gingivectomie			
F11	Lambeau mucopériosté, chirurgie osseuse			
PROTHÈSES DENTAIRES – MÉTAL/ACRYLIQUE				
R63	Dent supplémentaire			
R61	Ajout d'un crochet			
K71	Réparation de prothèse dentaire			
COURONNES/BRIDGES				
J01	Facettes (par dent)			
K32	Ponts adhésifs			
K41	Pont conventionnel			
K12	Tenon et noyau standard			
K11	Tenon et noyau or			
K07	Couronne précieuse collée			
K05	Couronne non précieuse collée			
K08	Couronne entièrement coulée			
K06	Couronne en porcelaine			
INLAYS				
K02	Précieux			
K01	Non précieux			
K03	Porcelaine			
		TOTAL		

Je reconnais que le traitement a été/sera effectué et je déclare par la présente que tous les traitements indiqués sont soumis pour approbation/ont été réalisés.

Signature du dentiste :

Date :

Cachet du dentiste :

Veillez renvoyer le formulaire dûment complété, ainsi que les originaux des reçus/factures, à l'adresse suivante :

Traitements administrés en dehors des États-Unis

Cigna Global Health Options
1 Knowe Road
Greenock
PA15 4RJ
Scotland

Tél.: +44 (0) 1475 788182
Fax : +44 (0) 1475 492113
Email : cignaglobal_customer.care@cigna.com

Traitements administrés aux États-Unis :

Cigna International
PO Box 15964
Wilmington, Delaware 19850
United States of America

Tél. : +44 (0) 1475 788182
Fax : +44 (0) 1475 492113
E-mail : cignaglobal_customer.care@cigna.com

AVERTISSEMENT RELATIF A LA FRAUDE: Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, introduit une demande de remboursement ou une déclaration de sinistre contenant des informations délibérément fausses, commet un acte de fraude à l'assurance, ce qui constitue un crime.

Nous ne traiterons pas les demandes qui nous semblent frauduleuses. Tout acte frauduleux peut entraîner la résiliation de votre police d'assurance. Nous ouvrirons une enquête sur toute demande d'indemnisation que nous jugeons frauduleuse.

L'entité contractante de Cigna Healthcare qui vous concerne, parmi celles énumérées ci-dessous, sera précisée dans le règlement de votre police et votre certificat d'assurance.

- a) Cigna Global Insurance Company Limited; ou
- b) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.; ou
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; ou
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V (UK Branch); ou
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V (Singapore Branch).



Le nom et le logo Cigna Healthcare, ainsi que les autres marques Cigna, sont la propriété de Cigna Intellectual Property, Inc. Leur utilisation est autorisée en vertu d'une licence concédée par The Cigna Group et ses filiales opérationnelles. Tous les produits et services sont fournis par ou via de telles filiales, et non par The Cigna Group. Ces filiales incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Tous droits réservés