

# Formulaire de demande de remboursement dentaire

## COORDONNÉES DU PATIENT

À compléter par le bénéficiaire ou son représentant légal.

<b>1</b> Nom du patient			
<b>2</b> Identifiant de la police	<b>3</b> Date de naissance du patient		
<b>4</b> Adresse postale complète du patient			
<b>5</b> Nature de la maladie			
Adresse e-mail			
Tél. :	Fax :		
<b>6</b> Avez-vous une autre police d'assurance santé ou voyage avec laquelle vous pourriez recevoir le remboursement total ou partiel de ces frais ?		Oui	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.

<b>7</b> Liste des frais pour lesquels un remboursement est demandé et montant	<b>8</b> Indiquez à qui vous souhaitez que le montant soit versé et dans quelle devise		
Traitements	Date	Payé	Paiement à
			Devise
<b>9</b> Mode de paiement disponible pour le remboursement			Virement bancaire
<b>10</b> 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			
<b>11</b> 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
<b>EXAMENS</b>				
<b>AOI</b>	Normal			
<b>AII</b>	Étendu			
<b>A2I</b>	Évaluation complète du dossier			
<b>RADIOGRAPHIES</b>				
<b>BO1</b>	Interproximale			
<b>BO2</b>	Intra-orale			
<b>BO3</b>	O.P.G.			
<b>DÉTARTRAGE ET POLISSAGE</b>				
<b>EO1</b>	Une seule visite			
<b>DOI</b>	Résine de scellement			
<b>DII</b>	Fluoruration topique			
<b>MOU</b>	Plaque occlusale			
<b>TRAITEMENT MINEUR</b>				
CODE	TRAITEMENT	NBRE D'UNITÉS	DATE DU TRAITEMENT	À CHARGE DU PATIENT
<b>OBTURATIONS</b>				
<b>GO1</b>	Amalgame - une surface			
<b>GO2</b>	Amalgame - deux surfaces			
<b>GO3</b>	Amalgame - trois surfaces et plus			
<b>G2I</b>	Composite - une surface			
<b>G22</b>	Composite - deux surfaces			
<b>G3I</b>	Frais supplémentaires d'utilisation d'une broche			
<b>TRAITEMENT DU CANAL RADICULAIRE</b>				
<b>HO1</b>	Antérieur supérieur et inférieur (1 racine)			
<b>HO2</b>	Prémolaire supérieure (2 racines)			
<b>HO3</b>	Prémolaire inférieure (1 racine)			
<b>HO4</b>	Molaires (3 racines et plus)			
<b>EXTRACTIONS</b>				
<b>LO1</b>	Unique			
<b>LO2</b>	Par dent supplémentaire			
<b>NII</b>	Soins postopératoires			

TRAITEMENT MAJEUR				
CODE	TRAITEMENT	NBRE D'UNITÉS	DATE DU TRAITEMENT	À CHARGE DU PATIENT
<b>TRAITEMENT PARODONTAL (NON CHIRURGICAL)</b>				
<b>E2I</b>	Prolongé (curetage/surfaçage radiculaire)			
<b>F5I</b>	Attelles			
<b>TRAITEMENT PARODONTAL (CHIRURGICAL)</b>				
<b>FOI</b>	Gingivectomie			
<b>FII</b>	Lambeau mucopériosté, chirurgie osseuse			
<b>PROTHÈSES DENTAIRES – MÉTAL/ACRYLIQUE</b>				
<b>R63</b>	Dent supplémentaire			
<b>R6I</b>	Ajout d'un crochet			
<b>K7I</b>	Réparation de prothèse dentaire			
<b>COURONNES/BRIDGES</b>				
<b>JO1</b>	Facettes (par dent)			
<b>K32</b>	Ponts adhésifs			
<b>K4I</b>	Pont conventionnel			
<b>KI2</b>	Tenon et noyau standard			
<b>KII</b>	Tenon et noyau or			
<b>KO7</b>	Couronne précieuse collée			
<b>KO5</b>	Couronne non précieuse collée			
<b>KO8</b>	Couronne entièrement coulée			
<b>KO6</b>	Couronne en porcelaine			
<b>INLAYS</b>				
<b>KO2</b>	Précieux			
<b>KOI</b>	Non précieux			
<b>KO3</b>	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 :

Veuillez 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

I 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 I5964

Wilmington, Delaware I9850

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.