



CABINET DENTAIRE - AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT POUR LE REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS DE SOINS DENTAIRES

Veuillez remplir ce formulaire pour adhérer au dépôt direct. Ce service est un moyen pratique, rapide et fiable pour le remboursement de vos réclamations directement à votre compte bancaire. **Pour adhérer au dépôt direct, il faut obligatoirement fournir une adresse courriel valide.** Lorsqu'un remboursement sera émis, vous recevrez l'explication de l'indemnité par courrier électronique et le remboursement sera effectué à votre compte bancaire.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET DENTAIRE (SVP écrire lisiblement en caractères d'imprimerie)

Nom du cabinet dentaire	Nom du dentiste	
Adresse postale	Ville, province, code postal	
Adresse courriel	Numéro de pratique	Numéro du fournisseur

2. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Nom du titulaire du compte	
Nom de l'institution financière (au Canada)	Adresse de l'institution financière
• Joindre un spécimen ou une copie de chèque; • OU fournir un formulaire de dépôt direct de votre institution financière avec vos renseignements bancaires.	

3. AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

• J'autorise par la présente le **Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec**, ainsi que ses administrateurs et ses fournisseurs de services, à déposer les remboursements de réclamations à mon compte bancaire tel qu'indiqué ci-dessus. • J'autorise aussi les administrateurs, mon institution financière et tout autre fournisseur de service autorisé à collecter, à utiliser et à échanger, au besoin, les renseignements personnels nécessaires à l'administration du régime. • Je comprends que ces renseignements resteront confidentiels et sécurisés, et qu'ils ne seront utilisés qu'aux fins indiquées dans ce document. • Je comprends les raisons pour lesquelles ces renseignements sont requis et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser mon consentement à leurs divulgation. • Je comprends également que je suis personnellement responsable de la confidentialité et de la sécurité de mes renseignements personnels transmis par courriel ou tout autre moyen, ainsi que de l'exactitude et de toute mise à jour de mes renseignements bancaires. • Cette autorisation peut être résiliée à tout moment sur avis écrit de ma part. • Je reconnais qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Date	Signature du dentiste	Numéro de téléphone
------	-----------------------	---------------------

4. BIEN VOULOIR RETOURNER CE FORMULAIRE PAR L'UN DES MOYENS SUIVANTS :

Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec • 1200, boul. Crémazie Est, Bureau 200, Montréal (Québec) H2P 0A3	• Courriel : admindentaire@pbas.ca
--	---



DENTAL OFFICE - AUTHORIZATION FOR DIRECT DEPOSIT OF DENTAL CLAIM PAYMENTS

Please complete this form to enroll for direct deposit. This service is a convenient, prompt and secure way to have your reimbursements deposited into your bank account. **To enroll for direct deposit, you must provide a valid e-mail address.** When a reimbursement is issued, you will receive an Explanation of Benefits by e-mail and a payment will be deposited into your bank account.

1. DENTAL OFFICE INFORMATION (please print clearly, in block letters)

Dental Office Name	Dentist Name	
Mailing Address	City, Province, Postal Code	
Email Address	Office Number	Provider Number

2. BANKING INFORMATION

Bank Account Holder's Name	
Name of Canadian Financial Institution	Address of Financial Institution
• Enclose a void cheque or cheque copy; • OR Provide the appropriate direct deposit form with account information from your financial institution.	

3. AUTHORIZATION AND DECLARATIONS

• I hereby authorize Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec, its administrators and service providers, to deposit claims payments to my account as indicated above. • I also authorize the administrators, financial institution and other authorized third-party service providers to collect, use and exchange personal information, when necessary, to administer the plan. • I understand this information will be kept confidential and secure, and that it will only be used for the purposes identified herein. • I understand why the information is required and I am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent to its disclosure • I further understand that I am personally responsible for the confidentiality and security of my personal information transmitted by email or by any other mode, as well as for the accuracy of and any updates in my banking information. • This authorization may be terminated at any time upon written notice by me. • I agree that a copy of this form is as valid as the original.		
Date	Dentist Signature	Phone Number

4. PLEASE SEND COMPLETED FORM USING ONE OF THE FOLLOWING METHODS:

Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec • 1200, boul. Crémazie Est, Suite 200, Montreal, Quebec H2P 0A3	• Email: admindentaire@pbas.ca
--	---