



Règlements pour soins dentaires du RAEO  
125, promenade Northfield Ouest  
CP 218  
Waterloo ON N2J 3Z9  
1.866.783.6847  
www.servicesraeo.com

# Demande de règlement pour soins dentaires

PARTIE 1 - DENTISTE (en lettres moulées)										Numéro d'identification	Spéc.	N° de dossier du patient	CESSION DES PRESTATIONS :						
Patient – Nom										Prénom	<b>D E N T I S T E</b>			<b>Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement, et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.</b>  _____ <b>Signature du participant/patient</b>					
Adresse										App.									
Ville										Prov.								Code postal	
Téléphone (    )										Téléphone (    )									
Réservé au dentiste – renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les actes ou autres circonstances spéciales.  Duplicata <input type="checkbox"/>										Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts en vertu du régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins prodigués. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à _____ \$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins prodigués. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à mon assureur ou à l'administrateur du régime.  <b>Signature du participant/patient</b> (parent ou tuteur) _____  Vérification par le bureau _____									
										RÉSERVÉ À L'ASSUREUR									
Date du traitement										Code de l'acte	Code intern. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admiss.	Fréq.	%	Montant payable par le patient
Jour	Mois	Année																	