



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 Adresse App. Ville Prov. Code postal Téléphone ()				D E N T I S T E	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. Signature du participant/patient (parent ou tuteur) _____ Vérification par le bureau _____		Signature du participant/patient _____													
											Réservé au dentiste – renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les actes ou autres circonstances spéciales. Duplicata <input type="checkbox"/>									
											Date de traitement Jour Mois Année				Code de l'acte	Code intern. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
											La présente est une déclaration exacte des soins prodigués et des honoraires demandés, sauf erreur ou omission.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				Montant admiss. Fréq. % Montant payable par le patient	
PARTICIPANT - REMPLIR LES PARTIES 2, 3 ET 4							RÉSERVÉ À L'ASSUREUR													
PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (en lettres moulées)							PARTIE 4 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES													
Numéro du régime Numéro d'identification Participant – Nom Prénom Adresse (si elle diffère de celle ci-dessus) App. Ville Province Code postal				Nom du régime _____ Téléphone au domicile _____ Téléphone au travail _____ Les traitements résultent-ils d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille distincte. Dans l'affirmative, une demande a-t-elle été faite en vertu de la loi sur la santé et la sécurité au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous d'autres assurances pour soins dentaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'assureur : _____ Si la demande porte sur une prothèse amovible, une couronne ou un pont, s'agit-il d'une première pose? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, indiquez la date de la pose précédente et la raison du remplacement. _____ Numéro de contrat _____ Date de naiss. du conjoint _____																
PARTIE 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (en lettres moulées)							POSTER LA DEMANDE À :													
Lien du patient avec le participant : <input type="checkbox"/> Participant (0) _____ <input type="checkbox"/> Conjoint (1) _____ <input type="checkbox"/> Personne à charge (2) _____ <i>Spécifiez le lien de la personne à charge</i>				Date de naissance du patient _____ <i>(jj/mm/aaaa)</i>			Règlements pour soins dentaires du RAEO 125, promenade Northfield Ouest, CP 218 Waterloo ON N2J 3Z9													
Je certifie que moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) ont reçu les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement et que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise le RAEO et son assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande. Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, son assureur, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je comprends que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web www.servicesraeo.com ou demander d'en recevoir un exemplaire. Signature du participant/patient _____ <i>(jj/mm/aaaa)</i> Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier de santé à des fins d'assurance. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements : • les employés, les représentants et l'assureur du RAEO, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, dans l'exercice de leurs fonctions; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.							Renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.													