

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

| | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------------|---|
| 1re partie - fournisseur | N° unique | Spéc | N° dossier du patient | Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. |
| P Nom _____ Prénom _____ A _____ T Adresse _____ App. _____ I _____ E _____ N Ville _____ Province _____ Code postal _____ T _____ | F O U R N I S S E U R | Téléphone _____ | | Signature du membre du régime _____ |

Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières.

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon fournisseur soit rémunéré pour tous les soins rendus. 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 reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans ce formulaire.

Signature du patient (des parents ou du tuteur) _____

Duplicata

Vérification du bureau

| Date du traitement Jr. Mo. An. | Code de la procédure | Code int. des dents | Surfaces des dents | Honoraires du Fournisseur | Frais de Laboratoire | Total des frais | Montant admis | Code |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------|------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.

Total des honoraires demandés

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE:

Veuillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification Wawanesa Vie pour les renseignements exacts). Les formulaires de demande de règlement incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

2e partie - renseignements sur l'employé / membre du régime

Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations)

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Nom du membre du régime (en lettres moulées) _____ | N° identification du membre du régime _____ | Date de naissance du membre du régime |
| Nom de famille _____ | Prénoms _____ | -00 |
| | | Année Mois Jour |

3e partie - renseignements sur le patient

| | | |
|---|---|---|
| Nom du patient (en lettres moulées) _____ | N° identification du patient _____ | Date de naissance du patient |
| Nom de famille _____ | Prénoms _____ | -- |
| | | Année Mois Jour |
| 1. Patient: lien de parenté avec le patient _____ | 3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, indiquez la date et donnez des précisions sur une feuille séparée. | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| S'il s'agit d'un enfant est-il étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> | 4. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire _____ | 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| 2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la C.S.P.A.A.T. ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime et je déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. | |
| N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____ | Date _____ | |
| Nom de l'autre assureur ou du régime _____ | Jour Mois Année | |
| Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels. | | |
| Signature du patient _____ | | |

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Wawanesa Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Wawanesa Vie pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Wawanesa Vie à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.