

DIRECTIVES POUR REMPLIR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. LA PRÉSENTE DEMANDE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU DENTISTE (PARTIE 1) ET PAR L'EMPLOYÉ (PARTIE 2).
2. LA CESSATION DE PRESTATIONS EST IRRÉVOCABLE.
3. LA SOUMISSION DE RADIODIAGNOSTICS ET DE MODÈLES D'ÉTUDE (LE CAS ÉCHÉANT) PEUT PRÉVENIR DES RETARDS DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT.

PARTIE 1 – DENTISTE

P A T I E N T	Nom de Famille _____		Prénoms _____		D E N T I S T E	N° Unique _____	Spéc. _____	N° de Dossier du Patient _____	Réservé au Dentiste: Pour renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les soins ou d'autres considérations particulières.																																																																													
	Adresse _____																																																																																					
	Ville _____		Prov. _____	Code Postal _____																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DU TRAITEMENT</th> <th>CODE DES SOINS</th> <th>CODE DES DENTS</th> <th>SURFACE DES DENTS</th> <th>HONORAIRES DU DENTISTE</th> <th>FRAIS DE LABORATOIRE</th> <th>TOTAL DES FRAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			DATE DU TRAITEMENT	CODE DES SOINS	CODE DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			Je cede 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. J'autorise également la transmission de tous les renseignements relatifs à la présente demande, au dentiste nommé.			
DATE DU TRAITEMENT	CODE DES SOINS	CODE DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS																																																																																
JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																				
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.								Signature de l'Assuré _____ Il se peut que les frais indiqués dans cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. C'est à moi qu'il incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. J'autorise la transmission de tous les renseignements indiqués dans cette demande à ma compagnie d'assurance ou à ses agents.																																																																														
Signature du Dentiste _____				Date _____		Signature du Patient (des Parents ou du Tuteur) _____ Office Verification _____																																																																																

PARTIE 2 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

N° de groupe _____	Nom de l'employeur _____	No de certificat _____
Nom de l'employé _____		Lien avec le patient _____
Adresse du domicile (si différente de celle indiquée ci-dessus) _____ (Rue) (Ville) (Prov.) (Code Postal)		
1. Est-ce que vous, votre conjoint ou vos personnes à charge avez droit aux prestations demandées en vertu d'un autre régime? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, indiquez le nom de l'autre assureur _____ Nom du conjoint _____ Date de naissance du conjoint _____ (Année/Mois/Jour) Date d'entrée en vigueur de la coordination des prestations _____ Date de cessation de la coordination des prestations _____ (Année/Mois/Jour) (Année/Mois/Jour) (Veuillez joindre une copie du relevé de paiement ou du refus provenant de l'autre assureur.)		
2. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, veuillez remplir le questionnaire sur les soins dentaires par suite d'un accident.		
3. S'il s'agit de prothèses ou de ponts, sont-ils mis en bouche pour la première fois? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, donnez les dates de l'extraction: _____ Si NON, donnez la date de la dernière mise en bouche et les raisons du remplacement: _____		
4. S'il s'agit de couronnes ou de incrustation, sont-ils mis en bouche pour la première fois? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si NON, donnez la date de la dernière mise en bouche et les raisons du remplacement: _____		
5. Le traitement est-il nécessaire pour des raisons de soins orthodontiques? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ
Avis concernant les renseignements personnels

Vous avez déjà donné votre consentement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life pour qu'elle recueille, utilise et communique vos renseignements personnels pour les raisons suivantes: établir et maintenir la communication avec vous; assurer des risques de façon prudente; faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement; détecter et prévenir les actes frauduleux; offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins; compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'applique aux renseignements personnels communiqués à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life à ce moment-là et aux renseignements personnels qui pourraient être communiqués par la suite.

Vous pouvez obtenir des renseignements supplémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Autorisation

J'ai lu l'Avis concernant les renseignements personnels mentionné ci-dessus. J'autorise la transmission de tous les renseignements relatifs à cette demande de remboursement, à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life. J'atteste également que les renseignements donnés sont véridiques et complets.

Signature de l'employé _____

Date _____