Wawanesa Life

Application collective

200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8 1-800-665-7076

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES SOINS DENTAIRES COLLECTIVE

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

PATIENT

Nom de Famille Prénoms

Addresse

Ville Prov. Code Postal

DENTISTE

N° Unique	Spéc.	N° de Dossier du Patient

Réservé au Dentiste: Pour renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les soins ou d'autres considerations particulières.

DATE DU TRAITMENT			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		

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

Signature du Dentiste Date

Je cede au dentiste nommé dans la présente les indémniteés payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient verses directement. J'autorirse également la transmission de tous les renseignements relatifs à la présente demande, au dentiste nommé.

Signature de l'Assuré

Il se peut que les frais indiqués dans cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participle 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 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? ☐ OUI ☐ 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 _____ (Année/Mois/Jour) Date de cessation de la coordination des prestations _____ (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? ☐ OUI ☐ NON

   Si OUI, veuillez remplir le guestionnaire sur les soins dentaires par suite d'un accident.

3. S'il s'agit de prothèses ou de ponts, soint-ils mis en bouche pour la première fois? ☐ OUI ☐ NON

   Si OUI, donnez les dates de l'extraction: _____

   Si NON, donnez la date de la demière 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? ☐ OUI ☐ NON

   Si NON, donnez la date de la demière mise en bouche et les raisons du remplacement: _____

5. Le traitement est-il nécessaire pour des raisons de soins orthodontiques? ☐ OUI ☐ NON

6. Puis-je ajouter les dépenses excédentaires à mon compte de dépenses de soins de santé ? ☐ OUI ☐ 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 réspondent à vos besoins; compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'appliquait 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 las 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 renseignments 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