



OTIP RAEQ

Demande de règlement pour soins dentaires

PARTIE 1 - DENTISTE												
Nom de famille			Prénom			N° unique		Spéc.		N° de dossier du patient		
P A D R E S S E	Adresse						App.		D E N T I S T E Téléphone			
	Ville			Prov.		Code postal						
	Réservé au dentiste – Renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les actes ou les circonstances spéciales											
Je cède au dentiste désigné ici les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. Signature de la participante ou du participant ▶												
Il se peut que mon régime ne couvre pas les frais indiqués sur cette demande ou n'en couvre qu'une partie. J'assume la responsabilité du paiement des honoraires du dentiste pour les soins prodigués. Je confirme 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 qui figurent sur ce formulaire soient divulgués à mon assureur/au gestionnaire de régime. Signature du patient, des parents ou du tuteur ▶												
<input type="checkbox"/> Duplicata												
Vérification												
Date du traitement			Code de l'acte	Code intern. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais				
J	M	A										
La présente est une déclaration exacte des soins prodigués et des honoraires demandés, sauf erreur ou omission.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS : \$						
PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE SUR LA PARTICIPANTE OU LE PARTICIPANT												
Nom de la participante ou du participant (prénoms et nom de famille)												
Numéro d'identification du RAEQ				Numéro de régime				Date de naissance (jj/mm/aaaa)				
Promoteur de régime							Courriel					
Virement automatique Vous désirez recevoir vos paiements plus rapidement et avoir accès à vos relevés de règlement en ligne? Rien de plus simple! Vous rendre au www.raeo.com et vous connecter. Une fois sur le site protégé à l'intention des participants (aussi appelé « Mes demandes de règlement »), choisir Mon profil dans la barre de navigation du haut de la page et cliquer sur Modifier vos renseignements bancaires . La première fois que vous vous connectez, vous devez compléter votre inscription.												
PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT												
1. Patient : Lien avec la participante ou le participant _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____												
S'il s'agit d'un enfant, est-il <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé S'il s'agit d'un étudiant, indiquer l'établissement d'enseignement. _____												
2. Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils remboursables par un autre régime d'assurance collective, par une commission des accidents du travail ou par un régime d'état? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non												
Numéro du régime _____ Nom de l'autre assureur _____												
Date de naissance de la conjointe ou du conjoint (jj/mm/aaaa) _____												
3. Les soins sont-ils rendus nécessaires par suite d'un accident? Si « oui », indiquer la date et donner des précisions sur une feuille distincte. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non												
4. Si la demande porte sur une prothèse, une couronne ou un pont, s'agit-il de la première pose? Si non, indiquer la date de la pose précédente et la raison du remplacement. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non												
5. Un des traitements est-il à des fins orthodontiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non												

 Cocher ici s'il s'agit d'un plan de traitement.

Si les frais des traitements prévus dépassent 500 \$, vous devez soumettre un plan de traitement aux Services d'assurance du RAEQ. On vous avisera du montant des frais remboursables avant le début du traitement. Il faut joindre les radiographies prises avant le traitement dans certains cas (ex. : couronnes et ponts).

PARTIE 4 : ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que moi-même, ma conjointe, 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 la société qui assure les avantages collectifs (l'« assureur ») à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (les « 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, promoteur de régime, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, l'assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services, les renseignements nécessaires aux fins poursuivies. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAEO à des fins d'identification et de gestion. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et les motifs du RAEO et de l'assureur reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAEO sur la protection de la vie privée sur le site Web au www.raeo.com, ou celle de l'assureur au www.manuvie.com, ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Signature de la participante ou du participant

Date (jj/mm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par l'assureur en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier d'assurance.

L'accès à ces renseignements sera limité :

- ◆ à l'assureur, à ses réassureurs et à leurs prestataires de services dans l'exercice de leurs fonctions;
- ◆ aux personnes que vous avez autorisées;
- ◆ aux personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et de demander la correction de tout renseignement inexact.

PARTIE 5 : ENVOI DE LA DEMANDE

Poster ce formulaire dûment rempli et accompagné des reçus à l'adresse suivante :

Règlements pour soins dentaires du RAEO

CP 280

Waterloo ON N2J 4A7

VOUS AVEZ DES QUESTIONS?

Services d'assurance du RAEO

1-866-783-6847