



FORMULAIRE NORMALISÉ DE TRAITEMENT DU PATIENT

APPROUVÉ PAR L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

	N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	DATE DE PRÉPARATION			ESTIMATION VALIDE JUSQU'AU		
				JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
P A T I E N T	NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____			D E N T I S T E	VERIFICATION DU CABINET _____				
	ADRESSE _____ APP. _____								
	VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____								
	N° DE TÉL. _____								

Examen : (honoraires seulement) _____ \$

Radiographies : (honoraires seulement) _____ \$

Autres services diagnostiques : (totalité des honoraires seulement) _____ \$ + L

Directives d'hygiène buccodentaire : (honoraires seulement) _____ \$

Autres services de prévention : _____ \$

Prophylaxie/fluorure : (honoraires seulement) _____ \$

Services restaurateurs de base :
Ne pas détailler les surfaces, les honoraires
ou les dents ici (totalité des honoraires seulement) _____ \$

Chirurgie : (totalité des honoraires seulement) _____ \$ + L

Services parodontaux : (totalité des honoraires seulement) _____ \$ + L

Services endodontiques : Dent _____ \$
(honoraires par dent) Dent _____ \$
Dent _____ \$
Dent _____ \$
Dent _____ \$

Services d'anesthésie : (totalité des honoraires seulement) _____ \$ + Médicaments

Services d'orthodontie : (totalité des honoraires seulement) _____ \$ + L

AUTRES COMMENTAIRES : Utiliser cet espace pour fournir de l'information supplémentaire ou une description liée au plan de traitement.

Autres services, y compris les couronnes, les ponts et les prothèses :
Détailler la dent, le service, les honoraires, mais pas les frais de
laboratoire commercial.

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

_____ \$ + L

Total estimé des frais de laboratoire	_____ \$
Total estimé	_____ \$

L LES SERVICES PORTANT LA LETTRE (L) SONT APPROXIMATION SEULEMENT.
LA TOTALITÉ DES FRAIS DE LABORATOIRE SERONT INCLUS SUR LA DEMANDE D'INDEMNISATION.

H LES SERVICES PORTANT LA LETTRE (H) SERONT EFFECTUÉS À L'HÔPITAL.

SECTION DESTINÉE AU PATIENT									
A S S U R É	NOM _____								
	ADRESSE _____								
	EMPLOYEUR _____								
	ADRESSE _____								
POLICE COLLECTIVE			N° DE CERTIFICAT			N° D'ASSURANCE SOCIALE			
DATE DE NAISSANCE DU PATIENT			JOUR	MOIS	ANNÉE	LIEN AVEC L'ASSURÉ			
<p><small>J'autorise que soit divulguée toute information comprise dans le présent formulaire de traitement à ma compagnie d'assurance ou à ses agents. J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommé désigné.</small></p>									
									SIGNATURE DU PATIENT (OU TUTEUR/PARENT)