

C.P. 3300, SUCCURSALE « B », MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4Y5  
TÉL. : 514-286-8430

## À L'USAGE DU DENTISTE

LES SERVICES DENTAIRES ONT ÉTÉ RENDUS <input type="checkbox"/> SONT PRÉVUS (PRÉÉVALUATION) <input type="checkbox"/>										
D E N T I S T E	Nom du dentiste _____				P A T I E N T	Nom du patient _____				
	Adresse _____					Prénom(s) _____				
	Ville _____ Province _____					Adresse _____ app. _____				
	Code postal _____ Téléphone _____					Ville _____ Province _____				
	N° de PERMIS _____					Code postal _____ Téléphone _____				
DATE DU TRAITEMENT			CODE INT. DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS		
J	M	A								
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.						<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS</b>				
_____ Signature du dentiste						Date _____ jour     mois     année				
Réservé au dentiste pour des renseignements complémentaires sur le diagnostic, les procédés, les complications et considérations spéciales. _____ _____ _____										
<b>AUTORISATION</b> Je comprends que je suis responsable envers mon dentiste pour le coût total du traitement. J'autorise la communication des renseignements contenus dans la présente demande à ma compagnie d'assurance ou à ses représentants. _____ Signature du (de la) patient(e) (ou parent / tuteur/trice)										

À L'USAGE DU SOUSCRIPTEUR	
* vos numéros de groupe et de certificat sont INDISPENSABLES au traitement de votre demande de règlement ; * les signatures demandées sont OBLIGATOIRES.	
Nom _____	
Prénom(s) _____	
Date de naissance _____	
N° de groupe _____	
N° de certificat _____	
Adresse _____ app. _____	
Ville _____ Province _____	
Code postal _____	
Téléphone : Domicile _____	
Bureau _____	
Lien de parenté du patient	
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille	
Date de naissance _____	
Jour    Mois    Année	
Enfant à charge de 18 ou 21 ans et plus (selon votre contrat) <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé	
Si étudiant, nom de l'institution fréquentée : _____	
Session : _____	

<b>PAIEMENT</b> Le montant du remboursement des services rendus doit-il être versé au dentiste ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Initiales du souscripteur _____
Détenez-vous une autre assurance soins dentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Votre conjoint détient-il une assurance soins dentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'autre assureur : _____
N.B. : Le conjoint qui est couvert par un autre contrat d'assurance doit présenter sa demande de règlement à cet assureur et fournir par la suite à Croix Bleue Medavie le relevé de paiement accompagné d'une copie du formulaire soumis à son assureur. Les demandes relatives aux enfants doivent être présentées à l'assurance du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.
Cette demande porte-t-elle sur des soins donnés par suite d'un accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de l'accident : _____ Lieu et circonstances : _____
Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, est-ce la première mise en bouche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date d'extraction : _____ faite par Dr _____ Si non, date de la pose précédente : _____ faite par Dr _____ Raison du remplacement : _____

**J'atteste que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques, et j'autorise la divulgation à l'assureur de tout renseignement relatif à cette demande.**  
 Date : \_\_\_\_\_ Signature du souscripteur : \_\_\_\_\_