



CDCS HEALTH CLAIMS INC.

Indemnité pour soins Dentaires

1re – DENTISTE				Si disponible, indiquez le numéro de pré-détermination:															
				No. Unique				Spéc.				No. d'Account du Patient							
Nom de Famille				Prénom				D E N T I S T E											
Adresse				App.															
Ville				Province															
Date de Service			Code de L'Acte			Code Des Dents		Surface Des Dents		Frais Du Dentiste		Frais de Laboratoire		Frais Additionnels		Total Des frais			
Jour	Mois	An																	
						TOTALS													
						<p style="text-align: center;">Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, ou les actes, ou autres considération particulières.</p>													
<p style="text-align: center;">Signature du Dentiste</p> <p style="text-align: center;">_____ Jour/Mois/An</p>																			
<p>La présente est une déclaration exacte des soins rendu et des honaires demanés, sauf erreurs ou omissions.</p>																			
Réservé à CDCS:						N° d'indemnité:													
<p>Je reconnais que je suis responsable financ�rement au dentiste pour le coût total du traitement. Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couvert par le régime auquel je participe.</p> <p>Je consens à ce que les renseignements contenus dans cette demande et en vertu de ce traitement soient divulgués � CDCS ou ses agents.</p> <p style="text-align: right;">• _____ Signature du Patient/Parent ou Tuteur</p>						ASSIGNER AU DENTISTE						<p>Je consens à ce que les indemnités payables en vertu de cette demande soient versées directement au dentiste nommé dans la présente.</p> <p style="text-align: right;">_____</p>							
2me – EMPLOYÉ / MEMBRE						N� du Régime / Groupe:													
Nom de l'Employeur						N� du Certificat:													
Nom de Famille de l'Employé(e) / Membre						S'il s'agit d'un étudiant, nom de l'établissement scolaire et date de graduation prévue.													
Conjoint _____ Enfant _____ Autre (spécifier) _____						Le traitements est-il en vertu des soins orthodontiques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>													
Lien avec l'employé et date de naissance du patient (j/m/a)																			
Les indemnités dans la présente seront-elles versées en vertu d'une autre assurance colective ou dentaire? Nom de l'autre assureur et numéro de la police.						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de naissance du conjoint (j/m/a) _____													
Si les soins sont requis par la suite d'un accident indiquer la date de l'accident et donner des précisions. (j/m/a)						Si le traitement comprend une prothèse/couronne/pont, est-ce la première mise en bouche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						Si non, indiquer la date de la première mise en bouche et raisons du remplacement							
						Si oui, donner des précisions et les dates qui s'applique.													
Je déclare que les renseignements donnés sont à ma connaissance, vrais, exactes et complets.						<p style="text-align: right;">• _____</p>						<p style="text-align: right;">_____</p>							
						Signature de l'Employé(e) / Membre						Jour/Mois/An							

TOUT INFROMATION INSCRIT EST CONFIDENTIEL