



CDCS HEALTH CLAIMS INC.

Indemnité pour soins Dentaires

1re – DENTISTE			Si disponible, indiquez le numéro de pré-détermination:													
Nom de Famille			Prénom			No. Unique		Spéc.		No. d'Account du Patient						
Adresse			App.			D E N T I S T E										
Ville			Province			Code Postal										
Date de Service			Code de L'Acte				Code Des Dents	Surface Des Dents	Frais Du Dentiste	Frais de Laboratoire	Frais Additionels	Total Des frais				
Jour	Mois	An														
Signature du Dentiste						TOTALS										
Jour/Mois/An						Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, ou les actes, ou autres considération particulières.										
La présente est une déclaration exacte des soins rendu et des honaires demanés, sauf erreurs ou omissions.																
Réservé à CDCS:						N° d'indemnité:										
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 couverts par le régime auquel je participe. Je consens à ce que les renseignements contenus dans cette demande et en vertu de ce traitement soient divulgués � CDCS ou ses agents.						ASSIGNER AU DENTISTE										
						Signature du Patient/Parent ou Tuteur						Signature de l'Employé(e) / Membre				
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.						Signature de l'Employé(e) / Membre Jour/Mois/An										

TOUT INFROMATION INSCRIT EST CONFIDENTIEL