

PARTIE 1 – DENTISTE

NOM	PRÉNOM	N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT
P A D R E S S E		D E N T I S T E N° DE TÉLÉPHONE		
VILLE				
PROVINCE				
CODE POSTAL				
RÉSERVÉ À L'USAGE DU DENTISTE – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTICS, ACTES ET CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.		JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.		
		SIGNATURE DU PARTICIPANT _____		
		SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR _____		
<input type="checkbox"/> DUPLICATA		VÉRIFICATION DU BUREAU		

DATE DU TRAITEMENT	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS (\$)	
J	M	A					<input type="checkbox"/> COCHEZ S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT SI LES FRAIS DU TRAITEMENT PRÉVU SONT SUPÉRIEURS À 600 \$, VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT À NEXGENRX INC. VOUS SEREZ INFORMÉ DU MONTANT DES FRAIS REMBOURSABLES AU TITRE DU RÉGIME AVANT LE COMMENCEMENT DU TRAITEMENT. DANS CERTAINS CAS, IL FAUT JOINDRE LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT (P. EX., COURONNES ET PONTS).
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS (\$)			

DIRECTIVES D'ENVOI PAR LA POSTE *Veillez placer la demande dûment remplie dans une enveloppe et la faire parvenir à l'adresse suivante :*
 NEXGENRX INC., 145 WEST MALL, BOX 110 U, TORONTO (ONTARIO) M8Z 5M4

PARTIE 2 – EMPLOYÉ/PARTICIPANT/SOUSCRIPTEUR

1. N° DU CONTRAT _____	2. VOTRE NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____
EMPLOYEUR _____	N° DU CERTIFICAT _____

Voulez-vous le solde impayé de cette demande remboursée à partir de votre compte de dépenses de soins de santé ?

OUI NON

PARTIE 3 – PATIENT

1. LIEN DE PARENTÉ DU PATIENT AVEC 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 EST ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : _____ 2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA CSST OU UN AUTRE RÉGIME D'ÉTAT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° DU CONTRAT _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MM/AAAA) _____ NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____	3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT ? SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, EST-CE LA 1 ^{RE} MISE EN BOUCHE ? SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 6. J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET COMPLETS ET QUE JE SUIS AUTORISÉ À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR MON CONJOINT ET LES PERSONNES À MA CHARGE, S'IL Y A LIEU, EN CE QUI A TRAIT AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT QUE JE PRÉSENTE. J'AUTORISE TOUTE PERSONNE DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIFS À CES DEMANDES, NOTAMMENT LE DENTISTE NOMMÉ CI-DESSUS, NEXGENRX, TOUT ASSUREUR, ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU DE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE PUBLIC OU PRIVÉ, ET TOUT VÉRIFICATEUR DES RÈGLEMENTS, À ÉCHANGER CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AUX FINS DE L'ÉVALUATION DES DEMANDES ET/OU DE L'ADMINISTRATION DU PROGRAMME D'ASSURANCES. SIGNATURE DU PARTICIPANT _____
---	--

DATE (JJ/MM/AAAA)