



**PROGRAMME DE SOINS DENTAIRES
RÉSERVÉ AUX MEMBRES DES
FORCES CANADIENNES**

1 ^{re} PARTIE - DENTISTE										N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU (DE LA) PATIENT(E)	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.																					
P A T I E N T	PRÉNOM _____ NOM _____									D E N T I S T E	TÉLÉPHONE _____																							
	ADRESSE _____ APP. _____																																	
	VILLE _____ PROV. _____																																	
	CODE POSTAL _____																																	
										SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E) / MEMBRE _____																								
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.										VÉRIFICATION																								
DUPLICATA ☐																																		
DATE DU TRAITEMENT										CODE DE L'ACTE		CODE INT. DES DENTS		SURFACES DES DENTS		HONORAIRES DU DENTISTE		FRAIS DE LABORATOIRE		TOTAL DES FRAIS		DIRECTIVES 1. LE DENTISTE REMPLIT LA PARTIE 1. 2. LE MEMBRE REMPLIT LA PARTIE 2. FAIRE PARVENIR TOUTES LES DEMANDES DE RÉGLEMENT AU : COMMANDANT DU DÉTACHEMENT DENTAIRE TRAITANT DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA DATE DU TRAITEMENT À L'ADRESSE INSCRITE SUR LE FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE DES FC CI-ANNEXÉ.												
JOUR		MOIS		ANNÉE																														
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.										TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS																								
2 ^e PARTIE - MEMBRE																																		
NOM DE FAMILLE										INITIALE(S)					GRADE																			
NUMÉRO DES SOINS DE SANTÉ										NUMÉRO DE MATRICULE										DATE DE NAISSANCE					UNITÉ DES FC									
																				JOUR					MOIS					ANNÉE				
JE DÉCLARE QUE J'AI DROIT À UN TRAITEMENT DENTAIRE AUX FRAIS DES FC ET QUE LEDIT TRAITEMENT A ÉTÉ AUTORISÉ AU PRÉALABLE.																																		
JE CONSENS À CE QUE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER EXIGÉ AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIT DIVULGUÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME DES FC OU AU COMMANDANT DU DÉTACHEMENT DENTAIRE TRAITANT, ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.																																		
DATE : _____										SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E) / MEMBRE _____																								
JOUR										MOIS										ANNÉE														
LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ET ACCOMPAGNÉ DU FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR SERVICES DE SANTÉ DES FC POUR SOINS DE SANTÉ REÇUS HORS-BASE.																																		

L'INFORMATION CONTENUE DANS CE FORMULAIRE EST CONFIDENTIELLE.

POUR USAGE INTERNE									
NUMÉRO D'AUTORISATION SPÉCIALE									

