

Royal Canadian Mounted Police





PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR MEMBRES SEULEMENT NUMÉRO DE RÉGIME 3241-000

| 1re PARTIE - DENTISTE | | | | | | | | N | N° UNIQUE SP | | | SPE | PÉC. N° DE DOSSIER DU PATIENT | | | | | | | JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|---|-----|------|------|---|---|-----------------|---------------------|-----------------------------|---|---|------|--------------|-----|-------------------------------------|--|--|---|--|---|--|---|---|--|-------------|------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|--------|
| P A PRÉNOM NOM E T ADRESSE APP. T E VILLE PROV. I N T CODE POSTAL T | | | | | | | | | | | | | | ÉLÉP | HON | E — | | | | | | | | | RÈG | LEME | NT E | T JE (| CONS | SENS À | CE QL | J'ELLE | ES LUI |
| | | | | | | | | | | | | Ξ | ES SUR LE IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR C | | | | | | | | | | | SIGNATURE DU PARTICIPANT | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | OMPLÉME ONS PART | | | | E | | | RÉGI DON RECO EXAC RENS | IME AI C DE ' ONNA CT ET SEIGN | F QUE L UQUEL VOIR À (IS QUE QU'IL M IEMENT MINISTF | JE PART DE QUE LE TOTA 'A ÉTÉ I S CONT RATEUR | TICIPE MON AL DE: FACTU ENUS DU R | OU DEN S HC JRÉ S DAI ÉGIN | QU'ILS ITISTE NORA POUR NS LA I ME. | NE SC SOIT F RES S LES SC PRÉSE | DIENT (RÉMUN 'ÉLÈVE DINS R NTE D | COUVE IÉRÉ P E À EÇUS. EMANI | JE CODE SC | QU'EI TOUS CONSE | N PAR S LES \$ ENS À | TIE. IL SOINS 5, QUE 0 CE QU LGUÉS | M'INCO RENDU: CE MON E TOUS | MBE S. JE TANT LES | |
| | | | | | | | | | | | | | VÉRIFICATION | | | | | | | IAIOI | URE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR | | | | | | | | | | | | |
| DUP | LICATA | | | | | | | | | | | | | | | | VER | IFICA | IION | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE | DU TRAIT | EMENT ANNÉE | C | DDE | DE L | 'ACT | Έ | | E INT. DENTS | SURFAC DES DE | | | HONORAIRES DU DENTISTE | | | | | FRAIS DE LABORATOIRE | | | TOTAL DES FRAIS | | | | | | D | IRE | ECT | IVE | S | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0.1.2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | \Box | | | | | | | | | Ш | | | | | | 1 ^{re} P/ NTIS | | E ES | ST R | EMPLI | E PAF | LE | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -∦ 3 | | 2º PA | | E ES | T RE | MPLI | E PAR | LE | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - - - - | ENVO À : CROIX 644, F MONO E1C 8 | K BLE RUE M CTON L3 | UE NIAIN NB | MEDA CP 2 AVE | AVIE 220 EZ DI MPO | ES QU SEZ L ENT (3 | ESTIC E | | ES |
| ET DI | LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS. 2° PARTIE - MEMBRE | | | | | | | | | OTAL | TAL DES HONORAIRES DEMANDÉS | | | | | | | | | | | | FA | AX : 1 | 506 | 869-9 | 669 | | | | | | |
| NON | I DE FA | MILLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INIT | ΓIALE | (S) | | | |
| PROTHI | | | | | | | | | | | HÈSE | DEMANDE DE RÈGLEMENT PORTE SUR UNE ESE DENTAIRE, UNE COURONNE OU UN PONT, S'AGIT-IL DE L'INSTALLATION INITIALE? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE J'AI DROIT AUX TRAITEMENTS DENTAIRES AUX FRAIS DE LA GRC ET QUE L'ÉTAT TRAITÉ N'EST PAS VISÉ PAR UNE EXONÉRATION. | | | | | | | | | | | | | | | ΓE : .NNÉ | E | | MOIS | | JO | UR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | SIGN | IATUR | E DU | MEN | IBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | LE | PRI | ÉSE | NT | FO | RM | UL | AIR | E D | OIT I | ÈTRE | RE | M | PLI. | | | | | | | | | | |

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.



| PC | UR | USA | AGE | INT | ERI | NE S | EU | LEM | IEN | Γ | | | | |
|--------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|------|----|-----|-----|---|--|--|--|--|
| NUMÉRO D'AUTORISATION SPÉCIALE | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |