

Coordination des prestations (partie 2)

La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.

Votre conjoint participe-t-il à un régime d'assurance chez son employeur ?

Oui Non

Si oui, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie d'assurance collective		Numéro de police	
Protection du conjoint : <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle		Date de naissance de votre conjoint (AAAA/MM/JJ)	
Signature du participant		N° de téléphone ()	Date (AAAA/MM/JJ)

Prothèses amovibles

S'agit-il de la pose initiale d'une prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez la date de l'extraction des dents remplacées par la prothèse.		Date (AAAA/MM/JJ)	
S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer :					
A. La date de la mise en bouche précédente :				Date (AAAA/MM/JJ)	
B. La raison du remplacement : _____					

Ponts fixes

Veuillez nous faire parvenir la radiographie panoramique prise avant le traitement ou deux radiographies interproximales (côtés gauche et droit). S'il s'agit de la pose initiale d'un pont fixe, indiquez :

A. La date de l'extraction des dents remplacées :		Date (AAAA/MM/JJ)	
B. La date de la pose précédente si une prothèse partielle est remplacée par le pont fixe :		Date (AAAA/MM/JJ)	
C. Énumérez toutes les dents manquantes :			
S'il s'agit d'un remplacement, indiquez :			
A. La date de la mise en bouche précédente :		Date (AAAA/MM/JJ)	
B. La raison du remplacement : _____			

Couronnes, facettes, incrustations

Veuillez nous faire parvenir les radiographies périapicales de la dent traitée prises avant traitement.

S'agit-il de la pose initiale d'une couronne ? Oui Non

A. La date de la pose précédente :		Date (AAAA/MM/JJ)	
B. Les raisons du remplacement : _____			
C. Ajoutez tous les détails pertinents à l'étude de la demande : _____			

Dentiste

Signature du dentiste		Date (AAAA/MM/JJ)	
-----------------------	--	-------------------	--