

DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT

Nature de la perte _____

Date de { Première visite: M J A
Perte Actuelle: _____

La perte est-elle permanente et irrécupérable?
Donner degré de la perte. Le demandeur est complètement
invalide à compter du:
jusqu' au:

La blessure est-elle suffisante pour
une perte totale et permanente? Quelle évidence de traumatisme
avez-vous trouvée?
 oui et si non — Décrire

Une maladie ou blessure existante ont-elles contribué à cette perte?
 non et si oui — Décrire

Le demandeur a-t-il été hospitalisé Non et si oui — Donner nom, adresse de l'hôpital et date d'admission.

Noms et adresses de médecins ou chirurgiens, s'il y a lieu, qui ont soigné le demandeur.

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS ÇI-DESSUS SONT EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

DATE _____ SIGNATURE _____ M.D.
ADRESSE _____

DECLARATION DU DENTISTE



APPROUVÉE
L'ASSOCIATION
DENTAIRE CANADIENNE

D NOM E ADRESSE N VILLE. PROV. I CODE POSTAL S TÉLÉPHONE E NUMÉRO D ASS SOCIALE				NOM DU PATIENT ADRESSE VILLE CODE POSTAL			PRÉNOMS APPT PROV		
DATE DU SERVICE		CODE DENTAIRE	CODE DE PROCEDURE	SURFACES DES DENTS	FRAIS DE LABO	HONORAIRES DU DENTISTE	MONTANT TOTAL		
JOUR	MOIS	ANNÉE	INITIAL						
LA PRÉSENTE CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES DISPENSÉS ET DES FRAIS DEMANDÉS À L'EXCEPTION DES ERREURS ET DES OMISSIONS				FRAIS TO: AUX PRÉSENTES					
SIGNATURE DE DENTISTE				DATE	JOUR	MOIS	ANNÉE		
A L'USAGE DE DENTISTE SEULEMENT POUR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE DIAGNOSTIC. LES PROCÉDURES OU LES COMPLICATIONS ET LES CONSIDÉRATION SPÉCIALES.									
JE CONVIENS QUE LES FRAIS INDICÉS DANS LA PRÉSENTE RÉCLAMATION PEUVENT BIEN NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LES PRESTATIONS DE MA POLICE OU DÉPASSER LES PRESTATIONS PRÉVUES PAR MA POLICE. JE CONVIENS QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE ENVERS MON DENTISTE DU COUT TOTAL DU TRAITEMENT. J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE FORMULE DE RÉCLAMATION À MA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU À SES AGENTS.					J'ATTRIBUE PAR LES PRÉSENTES. LES PRESTATIONS PAYABLES DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE RÉCLAMATION AU DENTISTE NOMMÉ CI-DESSUS ET JE VOUS AUTORISE À LE PAYER DIRECTEMENT.				
SIGNATURE DU PATIENT (OU PÈRE OU MÈRE/TUTEUR)					SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR				

A L'USAGE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME SEULEMENT