

DEMANDE DE COMMUNICATION CONFIDENTIELLE



Je vous accorde la permission de:

- me contacter à la maison OUI NON
- me contacter sur mon cellulaire OUI NON
- me contacter au travail OUI NON
- me contacter par courriel OUI NON

RENSEIGNEMENTS ASSURANCES (optionel)

Responsable du compte: Moi-Même Conjoint(e) Parent: _____

Assurance primaire: OUI NON

Nom de la compagnie d'assurance: _____ Numéro de police: _____ Numéro de certificat: _____

Nom et prénom du titulaire: _____ Date de naissance du titulaire: _____

Relation du patient au titulaire: Soi Conjoint Enfant

% Traitement de base: _____ % Traitement majeur: _____ % Orthodontie: _____

Maximum à vie: _____ Montant alloué par année: _____ Intervalle des rappels: _____

Unité de détartrage par année: _____ Tarif de l'année: _____ Franchise: _____

Autres infos: _____

Assurance secondaire: OUI NON

Nom de la compagnie d'assurance: _____ Numéro de police: _____ Numéro de certificat: _____

Nom et prénom du titulaire: _____ Date de naissance du titulaire: _____

Relation du patient au titulaire: Soi Conjoint Enfant

% Traitement de base: _____ % Traitement majeur: _____ % Orthodontie: _____

Maximum à vie: _____ Montant alloué par année: _____ Intervalle des rappels: _____

Unité de détartrage par année: _____ Tarif de l'année: _____ Franchise: _____

Autres infos: _____

Signature du patient: _____ Date: _____