# TotalGUARD

## FORMULAIRE DE PRÉ-TRAITEMENT DENTAIRE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | N° Unique | Spéc | N° dossier du patient |
| PATIENT | Nom | Prénom | DENTISTE | | |
| | Adresse | App. | | | |
| | Ville | Province / Code postal | Téléphone | | Signature du dentiste |

| N° de la dent | Code de procédure | | |
|---|---|---|---|
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |
| | | $ | +L |

**Total** $ +L

**Commentaires :**

**Commentaires supplémentaires :**

**Utiliser cet espace pour indiquer des renseignements additionnels ou un rapport d'expertise pertinent au plan de traitement.**

**Nombre _____ traités par soins endodontiques**
**Nombre _____ fractures des incisives / des cuspides**
**Nombre _____ radiographies lisibles ci-jointes**
**Nombre _____non réparables avec matériaux conventionnels**
**Nombre _____ remplacements de couronne existante / pont existant inutilisable**

**S'il s'agit de radiographies en double, indiquer le côté droit ou le côté gauche.**

**Il s'agit d'une estimation seulement.**
**Les frais de laboratoire seront inclus dans le formulaire de demande de règlement.**

**En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement.**

**Mon(Ma) conjoint(e) et(ou) mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.**

**Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service.**

**Pour prédétermination des avantages, faire parvenir à :**

**GREEN SHIELD CANADA**
**C.P. 1608**
**WINDSOR, ONTARIO**
**N9A 7G1**

**À l'attention du Service des soins dentaires**
**(519) 739-1133 ou**
**Service à la Clientele 1-888-711-1119**

Le patient doit remplir cette section :

**PATIENT _____**

**NOM _____**

**ADRESSE _____**

**CITY, PROVINCE _____**

**CODE POSTAL _____**

N° d'identification Green Shield

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

J'autorise la diffusion des renseignements mentionnés dans le présent formulaire de traitement à ma compagnie d'assurance ou à ses agents.

_____
**Signature du patient (ou du tuteur/parent)**