

# 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: \_\_\_\_\_