

Programme FSI – Formulaire de prédétermination dentaire

ÉCRIRE CLAIEMENT EN LETTRES MOULÉES

RÉFUGIÉ/PATIENT		# D'IDENTIFICATION DU RÉFUGIÉ :	
NOM		PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE :	MOIS :	JOUR :	ANNÉE :
ADMISSIBILITÉ FSI :		DU : Mois _____ Jour _____ Année _____	
AU : Mois _____ Jour _____ Année _____		OU <input type="checkbox"/> VOIR DOCUMENTS CI-JOINTS	

FOURNISSEUR (À QUI LE CHÈQUE EST PAYABLE)		# DE FOURNISSEUR FAS	
NOM PRÉNOM			
ADRESSE			
VILLE		PROVINCE	
CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (_____)	

Afin de pouvoir prendre votre demande en considération, nous avons besoin d'information supplémentaire.

1. Le service indiqué est-il pour l'installation initiale de/des appareils(s)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez quelles dents ont été ou seront extraites :		
2. Date(s) d'extraction(s) de cette ou ces dents : Mois : _____ Jour : _____ Année : _____		
3. Veuillez indiquer s'il manque des dents au _____maxillaire supérieur _____maxillaire inférieur qui n'ont pas déjà été remplacées et qui sont par le fait même des « espaces vides ».		
4. Veuillez soumettre une brève note décrivant la condition de la/des dent(s) impliquée(s) au moment de remettre ce formulaire.		
5. Veuillez indiquer les dents manquantes :		
	# de dent et surf.	code d'intervention

DATE	SIGNATURE	NOM EN LETTRES MOULÉES
------	-----------	------------------------

IMPORTANT : Le montant du remboursement pourrait être réduit à celui d'un mode de traitement plus économique mais tout de même conforme à une bonne pratique de soins dentaires.