

Programme FSI – Formulaire de réclamation pour soins dentaires

Approbation préalable

Prédétermination Programme FSI
FAS Benefit Administrators Ltd
9707 – 110 Street, Suite 901
Edmonton AB T5K 3T4

Changement d'adresse

Joindre une confirmation écrite du
changement d'adresse ainsi que
l'adresse précédente.

**Soumettez-vous des copies des
documents d'admissibilité?**

Oui

Non, admissibilité déjà en filière chez FAS

Et/ou

Re soumission d'une réclamation FAS

Approbation préalable – Oui/non

Joindre copies de la prédétermination

Radiographies

Requises pour les ablations
complexes et les plombages sur plus
de 4 surfaces.

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 ()

DATE DU SERVICE (MM/JJ/AA)	CODE D'HONORAIRES	NUMÉRO DE DENT	SURFACE DE LA DENT	MONTANT RÉCLAMÉ
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

DATE	SIGNATURE	NOM EN LETTRES MOULÉES	MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ \$
------	-----------	------------------------	------------------------------------

IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment complété sinon il pourrait être refusé.

PAR LA POSTE : TRAITEMENT PRIORITAIRE DU PROGRAMME FSI, FAS Benefit Administrators Ltd.

SANS FRAIS : 1-800-770-2998

9707 – 110 Street, Suite 901, Edmonton, AB T5K 2W8

2004