



Nom du patient:		Date de naissance:			
Informations de contact					
Adresse du patient (ou foyer de soins personnels):		Étage:	Ville:	Province:	Code Postal:
Personne responsable ou représentant légal:		Tél. (Domicile):		Tél. (Travail):	
		Tél. (Cellulaire):			
Adresse du patient responsable ou représentant légal:		Ville:	Province:	Code Postal:	
Adresse e-mail pour LAR:					
Raison du rendez-vous (Problème de santé du patient)					
Si le patient est couvert en vertu du régime d'assurance dentaire du gouvernement ou de la fonction publique, facturer à (sélectionner une option):					
<input type="checkbox"/> Anciens Combattants Canada numéro ID: K _____					
<input type="checkbox"/> Aide à l'emploi et au revenu (aide sociale) numéro du certificat de santé: _____					
<input type="checkbox"/> Services santé non assurés (DG de la santé des Premières nations et des Inuits) numéro de traité: _____					

Pour TOUS les autres patients: Le paiement est requis AVANT LE TRAITEMENT

Paiement des **FRAIS D'EXAMEN** de 63,00\$* par: Chèque (veuillez joindre) À L'ORDRE DE L'UNIVERSITÉ DU MANITOBA

*Les frais peuvent changer selon le guide des frais dentaires du Manitoba

Carte de crédit : VISA, MC (veuillez appeler)

Pour les **régimes privés d'assurance dentaire** – le paiement des frais d'examen est exigé avant le traitement.

Le remboursement au patient est effectué directement par sa compagnie d'assurance, veuillez indiquer:

Nom de la compagnie d'assurance:

Numéro de groupe:

Numéro ID:

<p>Ce programme d'enseignement comprend les étudiants en soins dentaires dans leur dernière année d'études. Ces derniers peuvent, sous la supervision directe d'un hygiéniste ou d'un dentiste agréé, participer au traitement des patients.</p>	<p>VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE À: Programme de soins dentaires à domicile (Université du Manitoba) 2109 Portage Avenue, Winnipeg, Manitoba R3J 0L3 Téléphone: 204-831-3456 Télécopieur: 204-831-2104</p>
--	---

Dès réception du présent formulaire, un représentant du Programme de soins dentaires à domicile vous appellera pour fixer un rendez-vous pour un examen. Après l'examen, un plan de traitement écrit et une estimation des coûts seront envoyés à la personne responsable du compte. Le consentement signé du plan de traitement est exigé pour tout traitement subséquent.

Signature du représentant légal

Date

Ces renseignements personnels sont recueillis sous l'autorité de la Loi sur l'Université du Manitoba. Ils seront utilisés pour assurer la fourniture de services dentaires et sont protégés par les dispositions relatives à la protection de la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions concernant la cueillette de renseignements, veuillez communiquer avec le bureau du coordonnateur de la LAIPVP et de la LRMP (tél.: 204-474-8339), Archives des collections spéciales de l'Université du Manitoba, Bibliothèque Elizabeth Dafoe, pièce 331, Winnipeg, MB R3T 2N2.