



FORMULAIRE D'INFORMATION GÉNÉRALE DES  
SPÉCIALISTES EN ORTHODONTIE MEMBRES

Approuvé par  
l'Association canadienne des orthodontistes

NOM	
ADRESSE	
VILLE, PROV.	
CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE	N.I.U.

A R E M P L I R  P A R  L E  P A T I E N T	<b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b>			
	Cette section est à compléter par le patient, le parent ou le tuteur			
	Société d'assurance			
	C O T I S A N T	Nom	_____	
		Adresse	_____ _____	
		Employeur	_____	
		Adresse	_____	
		POLICE DU GROUPE	N° DE CERTIFICAT	NAS
		DATE DE NAISSANCE DU PATIENT	RELATION ENTRE LE COTISANT ET LA PERSONNE À CHARGE	
			NUMÉRO DE LA PERSONNE À CHARGE	
<b>A R E M P L I R P A R L E P A T I E N T</b>				

NOM DU PATIENT

\_\_\_\_\_

- CAS DE TRAITEMENT COMPLET                       CAS DE TRAITEMENT LIMITÉ                       CAS DE TRAITEMENT PRÉCOCE

BRÈVE DESCRIPTION DES CIRCONSTANCES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- DATE DE DÉBUT DU TRAITEMENT ACTIF \_\_\_\_\_

**ACCORDS FINANCIERS :**

Procédures préparatoires

Examen initial  Date : ..... \$ \_\_\_\_\_

Phase de diagnostic  Dates : ..... \$ \_\_\_\_\_

Procédures concernant le traitement

Paiement initial ..... \$ \_\_\_\_\_

Versement mensuel , ou Versement trimestriel  ..... \$ \_\_\_\_\_

Autre plan de paiement ..... \$ \_\_\_\_\_

..... \$ \_\_\_\_\_

Frais de rétention ou d'observation ..... \$ \_\_\_\_\_

Coût total prévu (au besoin) ..... \$ \_\_\_\_\_

Il s'agit d'une estimation des coûts relatifs aux services orthodontiques recommandés.  
Ces services et coûts peuvent changer en cours de traitement.

AUTRES COMMENTAIRES EXPLICATIFS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont valables  
pendant \_\_\_\_\_ mois à compter de la date ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ORTHODONTISTE MEMBRE