



Autorisation et consentement

« Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements donnés lors de mes visites aux dates apparaissant ci-après sont véridiques, exacts et complets. J'autorise la divulgation à l'Assureur ou au Centre DENTAIDE ou à leurs mandataires des seuls renseignements et documents nécessaires, y compris les radiographies et l'extrait de mon dossier, reliés à toute demande de prestation découlant de ces visites.

Je conviens de rembourser à l'assureur toute somme déboursée indûment à mon égard. Je m'engage à verser au dentiste la portion non-assurée des frais et honoraires demandés pour les soins reçus lors de ces mêmes visites. »

Date de la visite	N° du détail de la prestation	Signature du patient ou du tuteur

« Je certifie que la description des soins exécutés et des honoraires demandés apparaissant sur les détails de prestations des visites du patient aux dates apparaissant ci-après, dont copies ont été remises au patient ou, dans le cas d'un plan de traitement, des traitements devant être exécutés et des honoraires s'y rapportant, est exacte, sauf erreur ou omission. »

Date de la visite	N° du détail de la prestation	Signature du dentiste