New Nouveau Brunswick

PLAN DE RECTIFICATION DE LA FENTE PALATINE DU NOUVEAU-BRUNSWICK FORMULAIRE D'AUTORISATION AU PRÉALABLE

(le fournisseur des soins dentaires traitant doit remplir le formulaire)

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom _____

Nom de famille | Prénom | Initiale(s)

N° d'assurance-maladie _____ Date de naissance _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

Nom _____ N° unique _____

Adresse _____

_____

Cet enfant a-t-il été diagnostiqué comme ayant une fente au palais dur? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez remplir la section ci-dessous qui décrit le mieux le traitement requis en ce moment.

Phase I - Traitement initial [p. ex. consultation, appareil d'alimentation, obturateur, dossiers orthodontiques (y compris les examens, les radiographies et la planification du traitement). Veuillez fournir une prévision des coûts. Les formulaires de bureau habituels sont acceptables.]

Description du service	Durée prévue	Frais prévus

Phase II - Soins d'orthodontie (Veuillez indiquer le traitement requis, la durée prévue du traitement et une prévision des coûts. Les formulaires de bureau habituels sont acceptables.)

Description du service	Durée prévue	Frais prévus

Phase III - Soins de prosthodontie (Veuillez indiquer le traitement requis, la durée prévue du traitement et une prévision des coûts. Les formulaires de bureau habituels sont acceptables.)

Description du service	Durée prévue	Frais prévus

Signature du fournisseur _____ Date _____

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE REMPLI AU CLIENT.

Si vous avez des questions, composez le 1-888-273-0666.