

BIENVENUE AU GROUPE DENTIS

DR. BOISVERT DR. DÉRY DRE BENHADDADI MICHEL BOSSÉ D.D.

Prénom et nom : _____

***Tuteurs légaux (le cas échéant) :** Nom (père) : _____ Nom (Mère) : _____

Raison de la visite : _____

Quel est le meilleur moyen de vous joindre ?

Maison : () _____	Travail : () _____ poste : _____
Cellulaire : () _____	E-mail : () _____

***SI VOUS VOULEZ ÊTRE AVISÉ DE VOS RENDEZ-VOUS PAR TEXTO, COCHEZ LE NOM DE VOTRE COMPAGNIE DE CELLULAIRE**

Bell Solo Rogers Fido Telus Virgimobile PC mobile Koodo MTS

Assurances :

Avez-vous une assurance ? Oui : _____ Non : _____

Êtes-vous sur l'aide sociale ? Oui : _____ (*****Si oui nous devons faire une copie de votre carnet du mois en cours et de votre carte d'assurance maladie valide*****)

Titulaire assurance : _____	Titulaire assurance : _____
Date de naissance : ____/____/____	Date de naissance : ____/____/____
Employeur : _____	Employeur : _____
Nom de l'assurance : _____	Nom de l'assurance : _____
# Régime/Groupe : _____	# Régime/Groupe : _____
# ID/Certificat : _____	# ID/Certificat : _____

*****Le titulaire et/ou patient demeure responsable de toutes décisions provenant de l'assurance*****

Veillez prendre note que nous n'acceptons pas les chèques ni American express.

*****VEUILLEZ NOTER QU'IL Y AURA DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES POUR TOUT RENDEZ-VOUS MANQUÉ OU ANNULÉ SANS PRÉAVIS D'AU MOINS 48 HEURES : 50\$/HEURE AVEC HYGIÉNISTE, 100\$/HEURE AVEC DENTISTE.*****

SIGNATURE : _____ DATE : ____/____/____