FONDS DE SECOURS
MALADIE-ACCIDENT
SFMM (SCFP)
8790, AVENUE DU PARC
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2N 1Y6
TÉL. : 514 842-2442

Formulaire de réclamation dentaire

Partie à être remplie par le **Professionnel**

Professionnel	D.M.D.	D.D.	Autre	Patient
Nom				Nom
Adresse				Adresse
Ville				Ville
Code postal				Code postal
No de permis :				Téléphone :

DATE DU TRAITEMENT	CODE INT DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACES DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés S.E. & O				Total des honoraires demandés →		
Signature du professionnel : _____				Date : ____/____/____		

Membre

38 FSMA Nº Certificat : _____ Nom : _____

Signature : **X** _____ Date : ____/____/____

J'autorise la divulgation à l'assureur de tout renseignement relatif à cette demande

Patient assuré-titulaire ☐
conjoint ☐
enfant ☐

Date de naissance du patient : ____/____/____
ANNÉE MOIS JOUR

Dans le cas d'une prothèse est-ce la première pose? OUI ☐ NON ☐

Si non, indiquer la date de la pose précédente : _____

Votre conjoint contribue-t-il à une assurance pour frais dentaires? OUI ☐ NON ☐

Contribuez-vous à une **autre** assurance pour frais dentaires? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, la participation est de type : Individuel ☐
Monoparental ☐
Familial ☐

Nom de la compagnie d'assurance : _____