

*Welcome to our dental centre please complete this questionnaire for us to better serve you.  
 Bienvenue à notre centre dentaire svp veuillez compléter avec soin toutes les cases de ce questionnaire, afin de mieux vous traiter.*

### INSURANCE INFORMATION REQUIRED / DEMANDE DE RENSEIGNEMENT DES ASSURANCES

What is the totality of your franchise ?  
 De combien est le total de votre franchise ?.....

Tarification of which year  
 Tarif de quelle année.....

### PERIOD OF YOUR DENTAL COVERAGE/PERIODE DE VOTRE COUVERTURE DENTAIRE

Calendar year \ Année calendrier.....

By contract.....dated from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 Par contrat.....daté du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### COVERED TREATMENTS/SOINS COUVERT

Are you covered for the following treatments ?  
 Etes-vous couvert pour les soins suivants ?

Preventive cleaning  
 Nettoyage de prévention.....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Offered every 6 months 9 month 12 months  
 Offert au 6 mois  9 mois  12 mois

Yes/ No/ Composite molars bicuspid  
 Oui Non Composite \_\_\_\_\_% molaire \_\_\_\_\_% prémolaire \_\_\_\_\_%

Dental filling \ Plombage.....

Amalgam molars bicuspid  
 Amalgame \_\_\_\_\_% molaire \_\_\_\_\_% prémolaire \_\_\_\_\_%

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Periodontics / Parodontie.....

Maximum periodontal scaling units per year  
 Maximum d'unités de détartrage par année.....

Yes/ No/  
 Oui Non

Endodontic (root canal treatment)  
 Endodontie (traitement de canal).....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Surgery \ Chirurgie.....

Yes/ No/  
 Oui Non

Major treatments \ Soins majeur.....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Crown & bridge  
 Couronne & pont.....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Implants.....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %

Removable prosthodontics \ Prothèse amovible.....

Yes/ No/ If yes, to what percentage ?  
 Oui Non Si oui, à quel pourcentage ?..... %  
 or what is the maximum per treatment  
 ou quel est le maximum par traitement..... %

Orthodontics \ Orthodontique.....

Maximum annual allowed for dental treatments \  
 Montant maximum annuel de soins dentaire offert par les  
 assurances.....

500  1000  1500  2000  2500  illimited other  
 illimité  autre

Yes/ No/ If not, to which address will it be sent ?  
 Oui Non Si non, à quelle adresse sera-t-il envoyé ?

Will the refund insurance cheque be received at the Clinique ?  
 Le chèque des assurances sera t-il reçu au Centre Dentaire?.....

N°: \_\_\_\_\_ Apt\ App. : \_\_\_\_\_  
 Street \ Rue: \_\_\_\_\_  
 City \ Ville: \_\_\_\_\_  
 Postal code \ Code postal: \_\_\_\_\_