



CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS AUX ASSURANCES DENTAIRES

Je soussigné(e), _____, autorise la Clinique dentaire Roy à transmettre mes renseignements personnels pertinents (ex. : nom, date de naissance, diagnostic, plan de traitement, radiographies, coûts estimés, etc.) à ma compagnie d'assurances dentaires, **dans le but d'obtenir une estimation ou une autorisation de traitement.**

Je comprends que ces informations sont nécessaires pour faciliter le remboursement des soins ou l'approbation préalable de certains traitements.

Je suis conscient(e) que cette autorisation est volontaire, et je peux la retirer en tout temps sur demande écrite.

Date : ____ / ____ / ____ Signature du patient : _____

Signature du parent ou tuteur, si patient mineur.

Nom du parent/tuteur : _____

Date : ____ / ____ / ____ Signature du parent ou tuteur : _____