



FOR PRIOR APPROVAL/ AUTORISATION PRÉALABLE <input type="checkbox"/> FOR CLAIM/RÉCLAMATION <input type="checkbox"/>	Manitoba Families Health Services Dental Program 102 - 114 Garry Street Winnipeg, Manitoba R3C 1G1 (204) 945-8767	Familles Manitoba Services médicaux - Programme dentaire 114, rue Garry, bureau 102 Winnipeg (Manitoba) R3C 1G1 (204) 945-8767
VENDOR NO./COMMERÇANT	INVOICE NO./FACTURER	

PART 1 - DENTIST (TO BE COMPLETED BY DENTIST) SECTION 1 - DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE DENTISTE					PHONE NO./N° DE TÉL.	FAX/TÉLÉCOPIEUR		
P A T I E N T	H.S. CERTIFICATE No. N° DE CERTIFICAT DES S.M.		BIRTHDATE DATE DE NAISSANCE	DAY J	MO M	YR A	DENTIST/DENTISTE	
	PATIENT'S LAST NAME/NOM DE FAMILLE			GIVEN NAME(S)/PRÉNOM(S)				
	ADDRESS/ADRESSE			APT./APP.				
	CITY/VILLE		PROV.	POSTAL CODE/CODE POSTAL				
FOR DENTIST'S USE ONLY - FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES, OR SPECIAL CONSIDERATION RÉSERVÉ AU DENTISTE - RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIQUES, PROCÉDURES OU REMARQUES PARTICULIÈRES								
I HEREBY CERTIFY THAT THE SERVICES LISTED BELOW HAVE BEEN RENDERED AND FEES CHARGED ARE IN ACCORDANCE WITH THE AGREEMENT(S) BETWEEN THE MANITOBA DENTAL ASSOCIATION AND THE PROVINCIAL GOVERNMENT. THESE FEES DO NOT EXCEED MY USUAL AND CUSTOMARY CHARGES TO PRIVATE PAYING PATIENTS. PAR LA PRÉSENTE, JE CERTIFIE QUE LES SERVICES SUSMENTIONNÉS ONT ÉTÉ FOURNIS, QUE LES COÛTS SONT CONFORMES À L'ENTENTE CONCLUE ENTRE LA MANITOBA DENTAL ASSOCIATION ET LE GOUVERNEMENT, ET QU'ILS NE SONT PAS SUPÉRIEURS AUX MONTANTS PAYÉS PAR LES PATIENTS QUI NE SONT PAS ASSURÉS PAR LES S.M.								
DENTIST'S SIGNATURE/SIGNATURE DU DENTISTE								
PATIENT'S SIGNATURE/SIGNATURE DU PATIENT I authorize release of the information contained in this claim form to Family Services/ J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans cette demande d'indemnisation à Services à la famille.								

DATE OF SERVICE DATE DU TRAITEMENT			PROCEDURE PROCÉDURE	INT. TOOTH CODE NUMÉROTATION INT. DES DENTS	TOOTH SURFACES SURFACE DES DENTS	DENTIST'S FEE FRAIS DE DENTISTE	LABORATORY CHARGE FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL CHARGES TOTAL	DO NOT USE THIS COLUMN NE RIEN ÉCRIRE DANS CETTE COLONNE
DAY J	MO M	YR A							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL FEE SUBMITTED MONTANT TOTAL									

PART 2 - ADDITIONAL INFORMATION - (TO BE COMPLETED BY THE DENTIST)/SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE DENTISTE)

A. IS ANY OF THE TREATMENT REQUIRED AS A RESULT OF AN ACCIDENT? YES NO

B. ARE ANY DENTAL BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE OR DENTAL PLAN, W.C.B. OR GOVERNMENT PLAN? YES NO
 POLICY NUMBER _____ NAME OF INSURING PLAN OR AGENCY _____

C. IF DENTURE(S) IS THIS INITIAL PLACEMENT? YES NO
 GIVE DATE OF PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT _____

D. ARE THERE ANY MISSING TEETH? YES NO IF YES, PROVIDE TOOTH NUMBER(S) _____

A. LE TRAITEMENT A-T-IL ÉTÉ EFFECTUÉ À LA SUITE D'UN ACCIDENT? OUI NON

B. LE PATIENT BÉNÉFICIE-T-IL DE PRESTATIONS OU DE SERVICES EN VERTU D'AUTRES RÉGIMES : ASSURANCE-GROUPE, PLAN DENTAIRE, PLAN GOUVERNEMENTAL OU C.A.T.? OUI NON
 NUMÉRO DE LA POLICE _____ NOM DU PLAN OU DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE _____

C. S'AGIT-IL D'UN PREMIER DENTIER? OUI NON
 DANS LA NÉGATIVE, DONNEZ LA DATE DE LA POSE DU (OU DES) PREMIER(S) DENTIER(S) ET INDIQUEZ LA RAISON DU REMPLACEMENT. _____

D. LE PATIENT A-T-IL DES DENTS EN MOINS? OUI NON DANS L'affirmative, INDIQUEZ LES NUMÉROS DES DENTS. _____

PART 3 - PRIOR APPROVAL - (TO BE COMPLETED BY H.S.)/SECTION 3 - AUTORISATION PRÉALABLE (DOIT ÊTRE REMPLI PAR LES S.M.)

THE ABOVE TREATMENT PLAN IS: <input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> NOT APPROVED LE PLAN DE TRAITEMENT EST : <input type="checkbox"/> APPROUVÉ <input type="checkbox"/> NON APPROUVÉ	SIGNATURE OF H.S. OFFICIAL SIGNATURE D'UN RESPONSABLE DES S.M.
COMMENTS/COMMENTAIRES :	DATE
	FOR OFFICE USE ONLY/RÉSERVÉ AU BUREAU
CERTIFICATE EXPIRY DATE:/DATE D'EXPIRATION DU CERTIFICAT :	DAY/J MO/M YR/A







-