



Télécopie : 888 781 5678 Adresse électronique : patientforms@schoolsmiles.com Numéro gratuit : 1 855 497 6453

UN NOUVEAU FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI CHAQUE ANNÉE SCOLAIRE SI VOUS SOUHAITEZ MAINTENIR LA PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT.

INSCRIVEZ-VOUS DÈS AUJOURD'HUI

POUR UNE CONSULTATION AVEC LE DENTISTE À L'ÉCOLE !

Remplissez le formulaire et retournez-le à l'école ou inscrivez-vous en ligne sur le site :
www.schoolsmiles.com/student-signup

ÉTAPE 1		INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENFANT
ÉTAPE 1	Nom légal de l'enfant : _____	Date de naissance : ____/____/____ (Entourez.) M F
	Adresse : _____	Ville : _____ État : ____ Code postal : _____
	École : _____	Comté : _____
	Niveau scolaire : _____	Jours de présence : _____ Numéro de classe : _____
	Parent/tuteur : _____	Téléphone : (____) _____ Je consens à recevoir des messages relatifs aux soins de santé de la part de School Smiles.
	Adresse électronique : _____	

ÉTAPE 2		INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT : (Veuillez cocher une case.)
ÉTAPE 2		MEDICAID <input type="checkbox"/> ASSURANCE PRIVÉE <input type="checkbox"/> SANS ASSURANCE <input type="checkbox"/>
	1. Informations sur Medicaid :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	N° d'identification à 10 ou 12 chiffres	
	Plan de soins gérés :	_____
	2. Assurance privée :	
	Nom de la compagnie d'assurance DENTAIRE :	_____ Téléphone de l'assurance : _____
Nom du souscripteur :	_____ Date de naissance du souscripteur : ____/____/____	
Identifiant du souscripteur :	_____	
Numéro de Sécurité sociale du souscripteur :	____-____-____-____-____-____-____-____	
3. Options de soins dentaires non assurés :		
<input type="checkbox"/>	Option d'autofinancement : si vous souhaitez que votre enfant soit examiné immédiatement, vous avez la possibilité de payer le tarif réduit de 49 \$ qui couvre le nettoyage, les radiographies, le fluor et l'examen. Les 49 \$ doivent être payés avant la consultation de l'enfant par mandat ou en appelant le 1 855 497 6453 pour effectuer le paiement par téléphone.	
<input type="checkbox"/>	Option de demande de subvention : Services dentaires disponibles selon le principe du premier arrivé, premier servi. **Seulement disponible aux personnes sans assurance dentaire. Des documents supplémentaires peuvent être demandés pour confirmer l'admissibilité financière.**	

ÉTAPE 3		QUESTIONS DE SANTÉ IMPORTANTES :
ÉTAPE 3	1. Votre enfant souffre-t-il actuellement de problèmes médicaux tels que des problèmes cardiaques, des crises d'épilepsie, des allergies, etc. ?	Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous. _____
	Dans la négative, n'inscrivez rien :	_____

ÉTAPE 4		SIGNATURE NÉCESSAIRE
ÉTAPE 4	Je soussigné(e), parent/tuteur de _____, comprends et donne l'autorisation aux dentistes de School Smiles de fournir les services suivants à mon enfant à l'école : examen, radiographie, nettoyage, fluorure, fluorure de diamine d'argent et scellants éventuellement nécessaires dans le cadre des contrôles de 6 mois. J'autorise également mon enfant à recevoir, le même jour que l'examen, ou à une date programmée selon les besoins, tout traitement dentaire supplémentaire sous la forme d'obturations réparatrices, avec pulpotomie si nécessaire, et anesthésie locale pour insensibiliser la zone. Je comprends que pendant le traitement, il peut être nécessaire de changer ou d'ajouter des procédures le même jour en raison de problèmes qui n'ont pas été détectés lors de l'examen initial, notamment : des obturations plus importantes, des couronnes en acier inoxydable, une pulpotomie (traitement de canal d'une dent de lait), des mainteneurs d'espace et des extractions (arrachage d'une dent).	
	ÉTAT FINANCIER : veuillez noter que tout traitement dispensé peut avoir une incidence sur les prestations futures que votre enfant recevra au titre d'une assurance privée, d'un programme d'assurance maladie et de Medicaid.	
	* Remarque : si votre enfant a besoin d'un traitement autre que des obturations, comme des couronnes en acier inoxydable, des pulpotomies ou des extractions, un consentement supplémentaire vous SERA demandé. Si votre enfant a besoin d'un traitement en dehors de ce qui peut être fourni par School Smiles, une orientation vers un spécialiste vous sera proposée.	
	Je comprends qu'un exemplaire de l'avis de confidentialité HIPAA de School Smiles me sera remis lors du rendez-vous de mon enfant et qu'un exemplaire peut également être consulté sur le site https://schoolsmiles.com/schools/forms .	
	En signant ci-dessous, je consens à des nettoyages dentaires ordinaires ainsi qu'à tout traitement dentaire nécessaire pendant l'année scolaire et j'autorise l'envoi de ce formulaire d'inscription par télécopie, courriel ou courrier postal à School Smiles.	
	Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____	
Si votre enfant a besoin d'un traitement en dehors de ce qui peut être fourni par School Smiles, une orientation vers un spécialiste vous sera proposée.		