

SVP, imprimer à l'encre

EXAMEN DENTAIRE

Services rendus par:

DOIT ÊTRE DEMAIN DE RETOUR (seulement si vous voulez ces services)



Miles of Smiles, Ltd.

2424 N 8th St.

Pekin, IL 61554-1547

309-382-6404

NOM DE L'ÉCOLE: _____

ENSEIGNANT: _____

ANNEE: _____

REGION: _____

AVEZ VOUS UN DENTISTE? OUI / NON

NOM DU DENTISTE: _____

DATE D' EXAMEN: _____

DONNEZ LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTES SEULEMENT SI VOUS VOULEZ DE CE SERVICE DENTAIRE

sera rendu par Miles of Smiles, Ltd à l'école.

Cher parent ou parent gardien,

Miles of Smiles, Ltd. et le Département d'Illinois de la Santé et des Services familiaux ont arrangés des services bucco-dentaires pour des enfants éligibles. Ces services peuvent inclure un examen, nettoyage dentaire, traitement au fluorure et scellants dentaires (un revêtement protecteur sur les surfaces de mastication des dents du fond). Dentistes, hygiénistes dentaires, les assistants dentaires viendront dans l'école de votre enfant avec un équipement portatif. **Afin que votre enfant bénéficie d'ces services, vous devez FOURNIR TOUTES LES INFORMATIONS SUIVANTES ET SIGNER A L'ENDROIT INDIQUE.**

NON LEGAL DE VOTRE ENFANT: _____ DATE DE NAISSANCE: ____/____/____

ADRESSE: _____ SEX: M / F

VILLE/CODE POSTAL: _____ NUMERO DE TE _____ - _____ - _____

VOTRE ENFANT QUALIFIER POUR LES REPAS GRATUITS OU REDUITS: OUI / NON

VOTRE ENFANT EST-IL (ELLE) INSCRIT DANS LE 'Medicaid/All Kids' PROGRAM: OUI / NON

Exemples de MCO: Aetna, BCBS, Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network, Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina

Nom de la Compagnie MCO: _____

Si Oui, veuillez fournir le numero attribué à votre enfant: _____

Medicaid / Tous les enfants seront facturés

(9 CHIFFRES D'IDENTIFICATION AU VERSO DE LA CARTE D'ASSURANCE)

Votre enfant est-t-il (elle) COUVERT PAR UNE ASSURANCE DENTAIRE PRIVÉE?: OUI / NON (Si incomplet, seuls les grades K, 2e et 6e peuvent être admissibles à un examen)

Si OUI, veuillez fournir tous les renseignements sur l'assurance ci-dessous: **(LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DENTAIRE SERA FACTURÉE)**

Nom de Compagnie d'assurance dentaire: _____

Adresse: _____

Numero d'identité ou de Sécurité Sociale de l'employé #: _____

Plan ou numero de groupe de la Compagnie d'Assurance Dentaire: _____

Nom de l'employé: _____

Date de naissance de l'employé: _____

Adresse de l'employé (si différent de celui de l'enfant): _____

Numero de téléphone de l'employé: _____

Employeur: _____

Votre enfant souffre ou a souffert d'aucune des maladies sous indiquées: (entourer SVP)

Anemie:	OUI / NON	Sinusite chronique:	OUI / NON	Problemes de croissance:	OUI / NON	Crises:	OUI / NON
Asthme:	OUI / NON	Diabete:	OUI / NON	Audition:	OUI / NON	Thyroide:	OUI / NON
Trouble de la coagulation	OUI / NON	Mal aux'oreilles:	OUI / NON	Maladie cardiova	OUI / NON	Utilisation de tabac/drogue:	OUI / NON
Cancer:	OUI / NON	Epilepsie:	OUI / NON	l'allergie au latex**:	OUI / NON	Allergies:	
Infirmité cerebrale:	OUI / NON	Evanouissement:	OUI / NON	Grossesse (Adolescentes):	OUI / NON	Autres	

Votre enfant prend-t-il (elle) une des médicaments prescrits ou des médicaments en vente libre en ce moment? OUI / NON

Si oui, veuillez fournir la liste: _____

Votre enfant souffre-t-il (ou elle) d'une condition cardiaque? OUI / NON décrire:

Votre enfant a-t-il (elle) des articulations artificielles: OUI / NON SI OUI, QUAND ET A QUELLE ARTICULATION:

Est-ce-qu'un medecin a deja recommandé une precaution pariculiere ou un traitement pour les soins dentaires de votre enfant? OUI / NON

SI OUI, QUOI: (une precaution ou un traitement particulier)

IMPORTANT: SIGNATURE DU PARENT OU PERSONNE AYANT DROIT DE GARDE REQUISE (SEULEMENT SI VOUS VOULES DU SERVICE OFFERT)

Je suis le parent ou la personne ayant le droit de garde juridique de l'enfant mineur nommé ci-dessus. J'autorise et consens à cet enfant recevant les soins dentaires décrite et permet à l'infirmière au ou représentant de l'école ainsi a la personne qui adminstre les soins dentaires d'accéder au dossier dentaire de l'enfant.

Par ceci, je donne la permission au Département de Santé Publique de l'Etat d'Illinois de fournir une revues d'assurance qualité de l'évaluation des scellants dentaires placés a votre enfant à l'école. Sur détermination, cette autorisation permettra également le remplacement des scellants dentaires par le fournisseur, si nécessaire.

Dans la mesure permise par la loi, j'autorise l'utilisation et l'usage des informations de sante de l'enfant pour que des paiements soient effectues.

Dans le cadre de la presente demande, **j'autorise et ordonne le paiement** des prestations dentaires directement à MILES OF SMILES, LTD.

SIGNATURE: _____

IMPRIMER LE NOM: _____

DATE: _____

SI VOUS AVEZ UN DENTISTE, FAITES VOUS CONSULTER!

DDS INITIALES _____ RDH INITIALES _____