

Afin de fixer un rendez-vous, veuillez nous faire parvenir ce formulaire par télécopieur ou à l'adresse courriel ci-bas.
To schedule an appointment, please fax us this form or send it to us by email at the address below.

PATIENT(E)		DENTIST(E)	
Nom / Name		Nom / Name	
Date de Naissance / Date of Birth _____/_____/_____		Adresse	
Numéro de téléphone Phone number		Numéro de téléphone Phone number	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Courriel / Email	
Renseignements cliniques / Clinical information			
Implants dentaires / Dental Implants		Indiquer la région d'intérêt / Circle the area of interest	
<input type="checkbox"/> Maxillaire / Maxilla	<input type="checkbox"/> Mandibule / Mandible	droit / right	gauche / left
<input type="checkbox"/> Avec guide radiologique / With radiographic stent		18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Format de rapport (TVFC) / Report format (CBCT)			
VERSION ÉLECTRONIQUE / ELECTRONIC PACKAGE (ceci comprend un disque compact avec logiciel iCat Vision pour visualiser l'étude, le fichier DICOM et un rapport radiologique de base envoyé par courriel / this includes a CD with iCat Vision software to view the study, the DICOM folder and a basic radiologic report via email)			
une ou deux arcades / one or two arches 250 \$ <input type="checkbox"/>			
VERSION CONVENTIONNELLE / CONVENTIONAL PACKAGE (ceci comprend la version électronique plus un portfolio d'images sur papier pour planification d'implants avec ratio 1:1 envoyé par messenger / this includes the electronic package plus an image portfolio on paper for 1:1 implant planning sent by courier)			
une arcade / one arch 400 \$ <input type="checkbox"/> deux arcades / two arches 500 \$ <input type="checkbox"/>			
Autre / Other			
TVFC d'une prothèse pour technique dual scan / CBCT of prosthesis for dual scan			100 \$ <input type="checkbox"/>
Conversion SimPlant™ / SimPlant™ conversion		une arcade / one arch 200 \$ <input type="checkbox"/>	deux arcades / two arches 300 \$ <input type="checkbox"/>
Radiographie panoramique / Panoramic radiograph			75 \$ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rapport en français	_____		_____
<input type="checkbox"/> Report in english	Date	Signature - DMD / DDS	

Ces tarifs sont sujets à changements sans préavis / Fees are subject to change without notice

3550, CH. DE LA CÔTE-DES-NEIGES, BUREAU 170, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3H 1V4