Santé
et Services sociaux
Québec

DT9460

Numéro de dossier	
Nom du résident	
Prénom du résident	
Date de naissance	Année / Mois / Jour — Sexe ☐ M ☐ F
N° d'assurance maladie	Expiration: Année / Mois
Ind. rég. / N° téléphone	Ind. rég. / N° téléphone (autre)

DEMANDE DE PAIEMENT DENTUROLOGISTE

Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD

Denturologiste	Nom et prénom	N° de permis	Date des services	Année	Mois	Jour

Renseignements complémentaires

Acte (code)	Prothèse complète		Prothèse partielle		Honoraires ($)
	Haut	Bas	Haut	Bas	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
				Total des honoraires	

Attestation	Signature du denturologiste
J'atteste que j'ai fourni les services ci-dessus.	

☐ Denturologiste
☐ Direction du programme SAPA