



DT9459

**DEMANDE DE PAIEMENT
DENTISTE**
Programme québécois de soins buccodentaires
et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche
en CHSLD

Numéro de dossier			
Nom du résident			
Prénom du résident			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Année	
		Mois	
		Expiration	
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)

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

Diagnostics et renseignements complémentaires

Acte (code)	Numéro de dent	Nom de la surface	Honoraires (\$)
Total des honoraires			

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