



DT9458

**SOINS BUCCODENTAIRES
EN CHSLD**
Plan de traitement et évaluation des coûts
Dentiste
Denturologiste

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)

SOINS BUCCODENTAIRES OU SERVICES DE CONFECTION OU DE RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES	
Plan de traitement suggéré	Plan de traitement alternatif
Pronostic	Pronostic

ÉVALUATION DES COÛTS						(Utiliser le tableau de calcul au verso)					
Plan de traitement suggéré			<input type="checkbox"/> Accepté			Plan de traitement alternatif			<input type="checkbox"/> Accepté		
Coûts totaux		Proportion à payer par le résident	Proportion à payer par l'établissement (A - B)			Coûts totaux		Proportion à payer par le résident	Proportion à payer par l'établissement (C - D)		
A		B		C		D					
	\$		\$		\$		\$		\$		\$

CONSENTEMENT

Je soussigné consens à ce que le plan de traitement que j'ai accepté soit effectué tel qu'il est décrit ci-dessus. Je reconnais également que le dentiste ou le denturologiste m'a expliqué les traitements, ainsi que les complications possibles, et qu'il a répondu à mes questions à ma satisfaction.

Signature du résident ou du représentant	Signature du témoin	Date
		Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Denturologiste	Date	
Nom et prénom	N° de permis	Signature	Année Mois Jour

Nom et prénom du résident	N° de dossier
---------------------------	---------------

TABLEAU DE CALCUL DES COÛTS			(Section à remplir par le dentiste ou le denturologiste)		
Plan de traitement suggéré			Plan de traitement alternatif		
	Acte (code)	Coûts	Acte (code)	Coûts	
1		\$		\$	
2		\$		\$	
3		\$		\$	
4		\$		\$	
5		\$		\$	
6		\$		\$	
7		\$		\$	
8		\$		\$	
9		\$		\$	
10		\$		\$	
Coûts totaux A		\$	Coûts totaux C		\$

Inscrire uniquement les coûts se rapportant à l'examen, aux soins curatifs et aux services de confection ou de réparation des prothèses dentaires amovibles (les soins préventifs sont offerts gratuitement).

CALCUL DE LA PROPORTION DES COÛTS À PAYER PAR LE RÉSIDENT						(Section à remplir par l'établissement)	
Plan de traitement suggéré			Plan de traitement alternatif				
Coûts totaux	Pourcent. à payer par le résident (10 % à 100 %)	Proportion à payer par le résident (A x % appl.)	Coûts totaux	Pourcent. à payer par le résident (10 % à 100 %)	Proportion à payer par le résident (A x % appl.)		
A	\$	%	B	\$	%	C	\$

La proportion des coûts à payer par le résident est calculée selon les termes prévus dans la circulaire sur les biens et services non couverts par la contribution des adultes hébergés, les allocations pour dépenses personnelles et les règles relatives aux besoins spéciaux.