Effacer | Imprimer | Enregistrer

Santé et Services sociaux Québec

DT9459

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 DENTISTE

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

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.	