

RÉSERVÉ À L'USAGE DE SSQ

Date du traitement : A M J
| | | |
| | | |

Montant demandé : _____ \$

Montant payé : _____ \$

Prestations remboursées au CS : _____ \$

Traité par : _____ Soins dentaires

Traité par : _____ Assurance maladie

Commentaires : _____
