

Par la présente, je déclare que le patient
indiqué ci-dessous n'a pas d'assurance
privée et est admissible à la couverture OHIP+.

Nom du patient:

Nom du tuteur (le cas échéant):

Signature du patient/tuteur:

Rx/Tx #:

Date de règlement de la demande:

Par la présente, je déclare que le patient
indiqué ci-dessous n'a pas d'assurance
privée et est admissible à la couverture OHIP+.

Nom du patient:

Nom du tuteur (le cas échéant):

Signature du patient/tuteur:

Rx/Tx #:

Date de règlement de la demande:

Par la présente, je déclare que le patient
indiqué ci-dessous n'a pas d'assurance
privée et est admissible à la couverture OHIP+.

Nom du patient:

Nom du tuteur (le cas échéant):

Signature du patient/tuteur:

Rx/Tx #:

Date de règlement de la demande:

Par la présente, je déclare que le patient
indiqué ci-dessous n'a pas d'assurance
privée et est admissible à la couverture OHIP+.

Nom du patient:

Nom du tuteur (le cas échéant):

Signature du patient/tuteur:

Rx/Tx #:

Date de règlement de la demande:

