



Téléphone : 1(855) 621-0073 | Fax : 1(888) 251-4004 | Courriel : support@kixcare.com

DEMANDE DE CONSULTATION VIRTUELLE PÉDIATRIQUE
VEUILLEZ FAXER LE FORMULAIRE AU 1-888-251-4004

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom: _____
Nom de famille Prénom

Date de Naissance: _____ Masculin Féminin Autre
JJ/MM/AAAA

Adresse: _____
Numéro de rue Nom de la rue Ville Code Postal

Téléphone: _____ **Courriel:** _____

Carte Santé: _____
Numéro de carte Date d'expiration

RAISON DE LA DEMANDE:

PRIORITÉ **FAIBLE** **MOYENNE**
 HAUTE **URGENTE**

RÉFÉRÉ PAR

Nom: _____ **Numéro de facturation:** _____
Téléphone: _____ **Fax:** _____
Signature: _____ **Date:** _____

VEUILLEZ FAXER AU
1-888-251-4004

