

N° de certificat SSQ		N° du fournisseur	
Nom du patient		Nom de l'adhérent	
Adresse		Registre d'infirmiers(ières)	
Ville		Adresse	Ville
Province		Province	
Code postal		Code postal	N° de téléphone

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services? Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre protection est offerte par SSQ, indiquez N° de certificat SSQ \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui  Non  Date de l'accident \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis suite à une blessure liée au travail ? Oui  Non

Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la SAAQ (ou) CSST? Oui  Non  Date de la blessure \_\_\_\_\_

Les services ont été rendus par un(e) I.A.  I.A.A./A.I.A.  TSP  PB  Inf.lic.

au cours de la semaine du dimanche \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ou samedi \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ selon l'horaire suivant :

DATE	Heures travaillées (indiquez avant ou après-midi)					Tarif Horaire	Nombre d'heures	Montant total par quart de travail	Nom de l'individu fournissant les services	Numéro d'enregistrement (si applicable)
	A.M.	P.M.		A.M.	P.M.					
Dimanche			à							
Lundi			à							
Mardi			à							
Mercredi			à							
Jeudi			à							
Vendredi			à							
Samedi			à							
Dimanche			à							
Lundi			à							
Mardi			à							
Mercredi			à							
Jeudi			à							
Vendredi			à							
Samedi			à							

En signant ce formulaire de demande de prestations et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à SSQ sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par SSQ pour l'évaluation des demandes de prestations et tout autre service nécessaire dans l'administration de nos prestations, qui pourrait inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de prestations.

Je déclare que le traitement indiqué a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.

Les frais indiqués sur cette demande de prestations ont été acquittés au complet. Veuillez verser le remboursement directement à l'adhérent.

Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré. Veuillez verser le paiement au fournisseur indiqué ci-dessus.

Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)

Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)

Signature du patient/gardien légal

Le patient/adhérent assumera les coûts engagés pour l'obtention de ces renseignements, s'il y a lieu.  
Vous devez nous soumettre toute demande de prestations dans les 12 mois suivant la date de service.

[www.ssq.ca](http://www.ssq.ca) Français: 418-651-2588 ou sans frais 1-800-380-2588 Anglais: 418-651-2551 ou sans frais 1-888-400-0023  
Télécopieur : 1-855-453-3942

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.