C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6
P.O. Box #5, Suite 400, 1550-5th Street SW, Calgary, (Alberta) T2R 1K3

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR SOINS DENTAIRES

1RE PARTIE – Á COMPLETER PAR LE FOURNISSEUR

Nº de permis	Spéc	Nº dossier du patient

PATIENT

Nom Prénom

Adresse App.

Ville Province Code postal

FOURNISSEUR

Téléphone

REMETTRE LE PAIEMENT AU FOURNISSEUR

Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de prestations et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature de l'adhérent

Réservé au fournisseur pour renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières.

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon fournisseur soit rémunéré pour tous les soins rendus.

J'autorise également la communication des renseignements au fournisseur mentionné, concernant la protection des services décrits dans cedit formulaire.

Signature du patient (des parents ou du tuteur)

Date du traitement AAAA MM JJ	Code de la procédure	Code int. des dents	Surfaces des dents	Honoraires du fournisseur	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis	Code

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés.

Total des honoraires demandés

Signature du dentiste : **Date :**

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE:

Veuillez remplir toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de prestations pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'assurance SSQ pour les renseignements exacts). Les formulaires de demande de prestations incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

2E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Vous devez nous soumettre toute demande de prestations dans les 12 mois suivant la date de service.

Nom de l'adhérent (en lettres moulées)

Nom de famille **Prénom**

No de certificat SSQ **-00**

Date de naissance de l'adhérent AAAA MM JJ

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées)

Nom de famille **Prénom**

Sexe F ☐ M ☐

Date de naissance du patient AAAA MM JJ

1. Patient : lien de parenté avec l'adhérent

S'il s'agit d'un enfant est-il? étudiant ☐ handicapé ☐

S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire

2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, ou par un régime d'assurance-maladie gouvernemental ?
Non ☐ Oui ☐

Nom de l'autre assureur ou du régime

Nº de la police Date de naissance du conjoint

3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, complétez le formulaire Rapport d'accident. Non ☐ Oui ☐

4. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Si non, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement. Non ☐ Oui ☐
Date: _____ / _____ /_____

5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non ☐ Oui ☐

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime et je déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'adhérent **Date** AAAA MM JJ

Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.

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 tous autres services nécessaires 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.

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