

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR SOINS DENTAIRES

1 ^{RE} PARTIE – À COMPLÉTER PAR LE FOURNISSEUR			N° de permis	Spéc	N° dossier du patient	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. <hr/> Signature de l'adhérent
P Nom _____ Prénom _____ A _____ T Adresse _____ App. _____ I _____ E Ville _____ Province _____ Code postal _____ N _____ T _____	F O U R N I S S E U R Téléphone					

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 ce 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.

2^E 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px;">-00</div>	Date de naissance de l'adhérent <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">AAAA MM JJ</div>
---	---	---

3^E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées) _____ Nom de famille _____ Prénom _____	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date de naissance du patient <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">AAAA MM JJ</div>
1. Patient : lien de parenté avec l'adhérent _____ S'il s'agit d'un enfant est-il? étudiant <input type="checkbox"/> handicapé <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nom de l'autre assureur ou du régime _____ N° 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: ____/____/____ 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Date _____ <div style="text-align: center;">AAAA MM JJ</div>
Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.		
Signature de l'adhérent _____		Date _____ <div style="text-align: center;">AAAA MM JJ</div>

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.