SSQ GROUPE FINANCIER
Assurance collective

Demande de prestations pour frais dentaires

Case Postale 10500, Sainte-Foy, Québec G1V 4H6

Patient

Nom (s) : _____

Prénom (s) : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville, Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Dentiste

Nom : _____

Adresse : _____

Ville, Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nº de permis : _____

DATE DU TRAITEMENT (année / mois / jour)	CODE INT. DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACE DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS

LA PRÉSENTE EST UNE DESCRIPTION EXACTE ET EXHAUSTIVE DES SOINS FOURNIS À LA DATE DE SERVICE INDIQUÉE (OU À FOURNIR S'IL S'AGIT D'UN PLAN DE TRAITEMENT) ET DU TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS ET REÇUS S'Y RAPPORTANT.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS : ▶

TOTAL DES HONORAIRES REÇUS DU PATIENT : ▶

SIGNATURE DU DENTISTE

DATE (année / mois / jour)

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (UTILISER LE VERSO SI NÉCESSAIRE).

À L'USAGE DE SSQ

PAR :

LE :

A) À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

1. a) LIEN DE PARENTÉ DU PATIENT AVEC L'ADHÉRENT

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT (année / mois / jour)

b) SI L'ÂGE DE L'ENFANT DÉPASSE LES LIMITES PRÉVUES AU CONTRAT, EST-IL CÉLIBATAIRE ET AUX ÉTUDES À PLEIN TEMPS? ☐ NON ☐ OUI

c) SI OUI, INDIQUER LE NOM DE L'INSTITUTION SCOLAIRE _____

2. a) CES SOINS SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES? ☐ NON ☐ OUI

b) SI OUI, INDIQUER LE NOM DE L'AUTRE ASSUREUR ET LE NUMÉRO DE LA POLICE :

3. CES SOINS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT? ☐ NON ☐ OUI

SI OUI, INDIQUER LES CIRCONSTANCES ET LA DATE : (année / mois / jour)

4. DANS LE CAS D'UNE PROTHÈSE, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE POSE? ☐ NON ☐ OUI

SI «NON», INDIQUER LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT. (année / mois / jour)

Nº DE GROUPE — Nº DE CLIENT

ADHÉRENT : NOM DE FAMILLE

ADHÉRENT : PRÉNOM

ADRESSE _____

CODE POSTAL

JE COMPRENDS QU'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. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES ET LES DATES DE TRAITEMENTS INDIQUÉS SUR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT EXACTS, QUE LE TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS M'A ÉTÉ FACTURÉ ET QUE JE LES AI ACQUITTÉS. J'AUTORISE LA DIVULGATION DE L'INFORMATION CONTENUE DANS CETTE DEMANDE À MON ASSUREUR, SSQ SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC, AINSI QU'À SES AGENTS. J'AUTORISE ÉGALEMENT MON ASSUREUR SSQ SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC. OU SES AGENTS À DIVULGUER TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER NÉCESSAIRE À L'ÉTUDE DE LA PRÉSENTE DEMANDE.

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/TUTEUR) — DATE (année / mois / jour)

JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE, CES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT — DATE (année / mois / jour)