SSQ VIE

Case postale 10500
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4H6

DEMANDE DE PRESTATIONS POUR FRAIS DENTAIRES

DENTISTE

NOM

ADRESSE

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

NO DE PERMIS

PATIENT

NOM

PRÉNOM(S)

ADRESSE APP.

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

	DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE INT. DES DENT.	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACE DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

CECI EST UN EXPOSÉ EXACT DES SOINS PRODIGUÉS ET DES HONORAIRES

TOTAL DES HONORAIRES ▶

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) PARENTÉ DU PATIENT AVEC L'ASSURÉ

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT: ANNÉE MOIS JOUR

b) S'IL S'AGIT D'UN ENFANT DE PLUS DE 18 ANS EST-IL CÉLIBATAIRE ET AUX ÉTUDES À PLEIN TEMPS? ☐ NON OUI ☐

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

b) **SI «OUI» LE NOM DE LA COMPAGNIE 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 PROTHESE, 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

B) UTILISER LE COUPON DE RÉCLAMATION OU REMPLIR CETTE PARTIE

NO DE CONTRAT

ASSURÉ: NOM DE FAMILLE ET PRÉNOMS

ADRESSE

CODE POSTAL

J'AUTORISE LA DIVULGATION À L'ASSUREUR OU À SES AGENTS DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER RELATIF À CETTE DEMANDE DE PRESTATIONS. JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE CES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

DATE SIGNATURE DE L'ASSURÉ