

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR SOINS DENTAIRES

IRE 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.															
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						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 cet 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:

Veillez 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)		No de certificat SSQ		Date de naissance de l'adhérent		
		-00				
Nom de famille		Prénom		AAAA	MM	JJ

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient (en lettres moulées) _____		Sexe		F ☐ M ☐		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Date de naissance du patient</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">AAAA</td> <td style="width: 33%;">MM</td> <td style="width: 33%;">JJ</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Date de naissance du patient			AAAA	MM	JJ			
Date de naissance du patient																
AAAA	MM	JJ														
Nom de famille _____		Prénom _____														
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 _____		3. Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident? Si oui, complétez le formulaire Rapport d'accident.		Non ☐ Oui ☐												
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 _____ N° de la police _____ Date de naissance du conjoint _____		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. 5. Des soins orthodontiques sont-ils requis?		Non ☐ Oui ☐		Date: ____/____/____										
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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Date</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">AAAA</td> <td style="width: 33%;">MM</td> <td style="width: 33%;">JJ</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Date			AAAA	MM	JJ			
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.																