SSQ Groupe financier

Demande de prestations pour frais dentaires

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (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 : ▶

DATE (année mois jour)

SIGNATURE DU DENTISTE

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», REMPLIR LE VERSO

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)

SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT AUX DENTS NATURELLES

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Date de l'accident année mois jour

Quelles sont les circonstances exactes de l'accident?

À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Quelles dents ont été endommagées lors de l'accident?

Les dents étaient-elles saines avant l'accident?

☐ Oui ☐ Non Si non, précisez :

Quelle était la condition des dents après l'accident?

Quels sont les traitements planifiés (joindre une copie de l'estimation) en rapport avec cet accident?

Important : Veuillez également nous envoyer les radiographies prises **avant** et **après** l'accident afin de nous permettre d'étudier le dossier.

Les radiographies seront retournées sur demande seulement.