

Patient		Dentiste	
Nom (s) : _____		Nom : _____	
Prénom (s) : _____		Adresse : _____	
Adresse : _____ App. : _____		Ville, Province : _____	
Ville, Province : _____		Code postal : _____ Téléphone : _____	
Code postal : _____ Téléphone : _____		N° de permis : _____	

DATE DU TRAITEMENT			CODE INT. DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACE DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS	À L'USAGE DE SSQ
année	mois	jour							
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 RAPPORANT.							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).							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

N° DE GROUPE _____ Numéro d'assurance sociale _____

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.

année mois jour

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/TUTEUR) _____ DATE _____

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

année mois jour

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT _____ DATE _____

