

Employé / membre du régime / abonné (à remplir s'il existe une couverture sous un autre régime)

Nom du membre _____ Date de naissance J _____ M _____ A _____

Police de groupe / No du régime _____ No de la section de division _____

Employeur _____

Nom de la compagnie ou du régime d'assurance _____

Nom du patient _____ Relation avec l'employé / membre du régime / abonné _____

Vos soins dentaires sont-ils couverts par l'un des régimes suivants :

Assurance-maladie de groupe ? Oui Non Nom du régime / No de police _____Soins dentaires de groupe ? Oui Non Nom du régime / No de police _____Indemnités pour accidents du travail ? Oui Non Nom du régime / No de police _____Gouvernemental ? Oui Non Nom du régime / No de police _____

***Nova Scotia International Student Program (programme des élèves étrangers de la Nouvelle-Écosse):** Les élèves doivent joindre un accord de tutelle notarié pour que la demande de règlement puisse être traitée.

J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. et ses mandataires à faire la collecte, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels me concernant moi et mes enfants à charge. L'obtention ou la divulgation desdits renseignements s'effectue, comme l'autorise la loi, auprès des personnes physiques et morales :

- Tout médecin ou professionnel de la santé dument qualifié et tout établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) agréé;
- Toute compagnie d'assurance et de réassurance ainsi que tout établissement financier;
- Quiconque dispose de renseignements utiles à l'étude de la demande de règlement;
- Tout prestataire de service (information, assurance) servant d'intermédiaire à SSQ, Société d'assurance inc. ou à qui celle-ci fait appel.
-

La présente Autorisation permet à SSQ, Société d'assurance inc. d'atteindre les objectifs suivants :

- Rester en communication avec moi ;
- Faire preuve de prudence dans l'appréciation des risques collectifs;
- Étudier les demandes de règlement et effectuer le paiement des indemnités;
- Déceler et prévenir la fraude;
- Proposer des produits et services répondant à mes besoins;
- Réunir les données statistiques en matière de sinistre d'assurance;
- Respecter la loi.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier relatif à l'assurance contre les accidents et la maladie se trouvant dans les bureaux de SSQ, Société d'assurance inc. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus. Je sais que je peux prendre connaissance des renseignements s'y trouvant et faire faire les corrections qui si j'en fais la demande par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels
SSQ, Société d'assurance inc.
2020, rue Université, bureau 1800
Montréal (Québec) H3A 2A5

L'Autorisation est valide tant et aussi longtemps que SSQ, Société d'assurance inc. n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à SSQ, Société d'assurance inc. un avis par écrit de retrait de l'Autorisation, sachant qu'elle pourrait fort bien ne pas être en mesure de me fournir le produit ou les services demandés.

Toute copie de l'Autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne assurée (ou signature d'un parent ou tuteur dans le cas d'un mineur) **()** _____
Téléphone **J** _____ **M** _____ **A** _____
Date

Déclaration du dentiste traitant

No d'attribution _____ Spéc. _____ No de dossier _____

Nom du dentiste :		J'autorise le versement direct de toutes les prestations en vertu de cette réclamation au dentiste ci-mentionné.		À l'usage du dentiste						
Adresse :		_____		<input type="checkbox"/> Formulaire en double (pour des renseignements additionnels, le diagnostic, les procédures ou autre renseignement particulier)						
No de téléphone : ()		Signature du patient (parent / tuteur)								
Je comprends qu'il se peut que les frais figurant dans cette réclamation ne soient pas couverts ou qu'ils excèdent les prestations prévues par mon régime. Je comprends que je suis financièrement responsable de l'ensemble des frais du traitement effectué par mon dentiste. J'atteste que les frais totaux de _____ \$ sont véridiques et qu'ils m'ont été facturés pour les services rendus. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce formulaire de réclamation à ma compagnie d'assurance / mon administrateur de régime.										
Signature du patient (parent / tuteur) _____				<input type="checkbox"/> Vérification effectuée par le bureau						
Date du traitement (J/M/A)	Code de la procédure	Code int. de la dent	Sufaces de la dent	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	Pour le service de messagerie :			
							Montant alloué	Inc.	%	Montant payé par le patient
Il s'agit d'une déclaration exacte du traitement effectué et du total des frais à échoir, SEO.						Total à échoir : \$ _____	No de réclamation _____			

Rapport supplémentaire du dentiste

1. Description des dommages _____

2. D'autres traitements sont-ils indiqués ? Oui Non Si vous avez répondu «Oui », veuillez préciser :

Code int. de la dent	Traitement prévu – Code de la procédure, si possible	Date prévue – traitement (J/M/A)

3. Veuillez les problèmes éventuels pouvant survenir ainsi que les délais _____

4. A) Combien de dents ont été endommagées ? _____ B) Ces dents étaient-elles entières et en saines ? Oui Non C) Combien de ces dents avaient des plombages ? _____ D) Combien de ces dents avaient des couronnes ? _____ E) Combien de ces dents avaient reçu un traitement de canal ? _____ F) Dans le cas de dents partielles ou malades, donner la raison _____

Signature du dentiste _____

Date J _____ M _____ A _____