

A. Renseignements sur la personne adhérente/l'employeur participant			
Employeur participant	Numéro de groupe	Numéro de certificat	
Nom et prénom de la personne adhérente			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse postale			Date de naissance J    M    A
Numéro de bureau ou d'appartement			
Ville		Province	Code postal
Langue de communication : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français			

B. Renseignements relatifs à la demande de prestations												
Veuillez fournir tous les renseignements demandés et indiquer les frais par ordre de date. Utilisez une ligne différente pour chaque personne et <b>joignez les reçus originaux</b> . Les formulaires incomplets ou les reçus photocopiés ne peuvent pas être traités aux fins de paiement.												
Nom du patient ou de la patiente	Lien avec la personne adhérente	Date de naissance			Est-ce que l'enfant à charge est aux études à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du reçu			Description des frais	Montant		
		J	M	A		J	M	A				
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Total												
*Si l'enfant a 21 ans ou plus et est aux études à temps plein, veuillez indiquer le nom de l'établissement d'enseignement et la date d'inscription la plus récente.												
Nom de la personne à charge (nom, prénom)					Nom de l'établissement d'enseignement					J	M	A

C. Coordination des prestations	
1. Les frais ont-ils été engagés à la suite d'un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Certains de ces frais sont-ils couverts par un autre régime d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'assureur :	Numéro de contrat :
3. Si une autre assurance était disponible et a récemment pris fin, veuillez préciser la date de fin : Jour _____ Mois _____ Année _____	
Si vous demandez le remboursement de frais pour votre conjoint ou conjointe, qui est assuré au titre d'un autre régime d'assurance maladie, vous devez d'abord soumettre la demande de prestations au régime de votre conjoint ou conjointe. Vous pouvez ensuite présenter une demande de prestations à SSQ, Société d'assurance vie inc. pour les frais non remboursés par le régime de votre conjoint ou conjointe, en y joignant une copie du règlement de l'autre assureur. Si vous et votre conjoint ou conjointe détenez tous deux une assurance maladie, vos enfants doivent d'abord présenter une demande de prestations au régime du parent dont l'anniversaire (jour et mois) arrive le premier dans l'année civile.	

D. Autorisation de la personne adhérente	
<b>J'atteste</b> que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets et que les frais susmentionnés sont pour des biens et services que moi-même, mon conjoint ou ma conjointe, ou mes personnes à charge admissibles avons reçus. J'atteste que je suis autorisé à divulguer et à recevoir des renseignements sur mon conjoint ou ma conjointe et mes personnes à charge aux fins de l'évaluation et du paiement des prestations, le cas échéant. Je reconnais qu'à moins que le fournisseur de services ait été désigné pour le versement des prestations, le remboursement des frais susmentionnés et l'explication des montants payés seront fournis à la personne adhérente.	
<b>Je comprends</b> que SSQ, Société d'assurance vie inc. a le droit de recouvrer auprès de moi-même ou de mes personnes à charge tout paiement effectué par erreur ou découlant d'une fraude, ainsi que tous les frais directement liés au recouvrement de ces montants.	
<b>J'autorise</b> SSQ, Société d'assurance vie inc. les professionnels de la santé, les assureurs, les administrateurs de régimes gouvernementaux ou d'autres régimes d'assurance et les autres fournisseurs de services travaillant avec SSQ, Société d'assurance vie inc. à échanger les renseignements nécessaires à l'administration de mon régime d'assurance maladie.	
Nom (en caractères d'imprimerie) Signature	Date de signature (jj/mm/aaaa)