

Type de prestation :	
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Soins Dentaires
<input type="checkbox"/> Articles médicaux	<input type="checkbox"/> Services Professionnels
<input type="checkbox"/> Soins de la vue	<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Audio	
Nom du fournisseur :	Numéro de fournisseur:
Nom du patient :	Numéro de certificat SSQ:
Date du service :	N° ident. du formulaire (administration seulement) :
Code d'intervention / NIM :	N° de l'ordonnance :
Description :	
Montant de la demande de règlement payé :	Type de prestataire: <input type="checkbox"/> Fournisseur <input type="checkbox"/> Personne adhérente
Avez-vous reçu un chèque?	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, qu'est-il arrivé au chèque? <input type="checkbox"/> Encaissé <input type="checkbox"/> Détruit	
Raison de l'annulation :	
<input type="checkbox"/> Retraiter la demande de prestations initiale avec les changements requis.	
Demandé par :	
Nom de la personne autorisée	Numéro de téléphone
Signature	Date
En signant ce formulaire de demande de règlement, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à SSQ, seront utilisés par SSQ pour l'évaluation des demandes de règlement.	
Veuillez télécopier à : SSQ 1-855-453-3942	