

**À REMPLIR PAR LE DENTISTE**

<b>D E N T I S T E</b>	NOM				NOM ET PRÉNOM(S) DU PATIENT				DATE DE NAISSANCE			
	ADRESSE				ADRESSE				APPARTEMENT			
	VILLE, PROVINCE				VILLE				PROVINCE			
	CODE POSTAL				NUMÉRO DE MEMBRE				CODE POSTAL			
TÉLÉPHONE								S'AGIT-IL D'UNE NOUVELLE ADRESSE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				
DATE DU TRAITEMENT			Code int. des dent.	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACES DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS	À L'USAGE DE LA CCQ		DANS LE CAS D'UNE PROTHÈSE	
Année	Mois	Jour									DATE DE LA MISE EN BOUCHE	
											Jour Mois Année _____	
											EST-CE LA PREMIÈRE POSE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
											SI NON : DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE : Jour Mois Année	
											GENRE DE PROTHÈSE REMPLACÉE :	
											RAISON DU REMPLACEMENT :	
											<b>DANS LE CAS D'UN ACCIDENT</b>	
<b>DÉCLARATION DU DENTISTE</b>						<b>TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS:</b>				LE DENTISTE DOIT DONNER UN DIAGNOSTIC COMPLET ET FAIRE PARVENIR LES RADIOGRAPHIES PRÉOPÉRATOIRES.		
CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICE RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS SAUF ERREUR OU OMISSION.												
SIGNATURE DU DENTISTE (UN TAMPON ENCREUR N'EST PAS ACCEPTÉ)						COMMENTAIRES :						
DATE : _____												

**À REMPLIR PAR L'ASSURÉ (SALARIÉ OU RETRAITÉ)**

N° D'ASSURANCE SOCIALE (SALARIÉ OU RETRAITÉ)

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE

SI LES FRAIS ONT ÉTÉ DÉBOURSÉS POUR UNE PERSONNE À CHARGE INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ : CONJOINT  FILLE  FILS  AUTRE

**Pour un enfant âgé de 18 ans ou plus, joindre une attestation d'études à plein temps couvrant la période des frais encourus.**

**COORDINATION DES REMBOURSEMENTS D'ASSURANCE**

**Lorsque votre personne à charge (conjoint ou enfant) bénéficie de la couverture d'un autre régime d'assurance, le remboursement de ses dépenses peut généralement être partagé entre son assureur et MÉDIC Construction; c'est ce que l'on appelle la coordination d'assurance. Vous pouvez ainsi obtenir un meilleur remboursement de ses dépenses.**

**Comment soumettre une demande de remboursement à deux assureurs?**

Si la dépense a été effectuée pour votre conjoint: Votre conjoint doit d'abord demander son remboursement à son assureur. Présentez ensuite à MÉDIC Construction une réclamation pour la partie non remboursée par son assureur: vous devez fournir une copie des reçus de votre conjoint et le détail du remboursement obtenu de l'assureur de votre conjoint.

Si la dépense a été effectuée pour votre enfant à charge: La demande doit d'abord être soumise à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le plus tôt dans l'année civile. Par exemple, si votre anniversaire est le 20 juin et celui de votre conjoint est le 15 mars, vous devez d'abord soumettre votre demande à l'assureur de votre conjoint.

Votre conjoint est-il assuré par un régime d'assurance (autre que MÉDIC construction)? Oui  Non

Si oui, indiquez  
Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre conjoint est un travailleur de la construction ?  
Si oui, veuillez nous indiquer son numéro d'assurance sociale. \_\_\_\_\_

Certains des frais réclamés ci-dessus sont-ils couverts par ce régime d'assurance? Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

**Certains des frais réclamés sont-ils reliés à un accident couvert par un régime :**

> des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (exemple: CNESST)? Oui  Non

> d'assurance automobile provincial (exemple: SAAQ)? Oui  Non

Si oui, indiquez la date de l'accident :  
 Jour Mois Année  
 \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu «oui» à l'une des deux questions ci-dessus, indiquez les frais soumis qui sont couverts par un de ces régimes :

**La demande de remboursement de ces frais doit d'abord être soumise au régime en cause.**

**DÉCLARATION et AUTORISATION**

Je déclare que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont complets et véridiques.

J'AUTORISE TOUT MÉDECIN, HÔPITAL, CLINIQUE, COMPAGNIE D'ASSURANCE OU TOUTE AUTRE PERSONNE OU ORGANISME À FOURNIR À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) ET À SES REPRÉSENTANTS AUTORISÉS, TOUS LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PRÉSENTE DEMANDE. UNE PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION A LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL.

\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

SIGNATURE OBLIGATOIRE DE L'ASSURÉ (SALARIÉ OU RETRAITÉ)

### **DÉLAIS DE TRAITEMENT**

À compter de la date de réception des documents requis, MÉDIC Construction vise à traiter votre demande d'indemnisation à l'intérieur d'un délai de 3 semaines. Cependant, ce délai peut être plus long suite aux périodes de vacances de l'industrie de la construction.

### **PLUS D'INFORMATIONS ?**

Pour obtenir de l'aide ou plus d'informations, communiquez avec le service à la clientèle de la CCQ au 1 888 842-8282 ou consultez le [ccq.org](http://ccq.org).