

**DEMANDE DE
RÈGLEMENT INVALIDITÉ
DEMANDE INITIALE**

Régime collectif d'assurance de personnes
de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

POUR NOUS JOINDRE
www.ssq.ca

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande initiale

INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

ADHÉRENT

1. Veuillez remplir la Déclaration de l'adhérent, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
N'oubliez pas de signer la « Confirmation et autorisation de l'adhérent » à la partie 7 du formulaire.
Note : Si votre demande inclut des frais de bureau, veuillez remplir la section Demande de remboursement et y joindre les pièces justificatives à l'appui.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état de santé (physique et/ou psychologique). Vous devez aussi remplir la section « Coordonnées de l'adhérent » et signer l'« Autorisation de l'adhérent » au bas de la déclaration.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations reçu d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèque d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c) Nous vous demandons de retourner les documents au complet à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Sogedent Assurances inc.

425, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 1425
Montréal, (Québec) H3A 3G5

MÉDECIN TRAITANT

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (physique et/ou psychologique) de votre patient, en ayant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de spécialistes, etc.).

Invalidité totale Invalidité partielle

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT (cette partie doit être remplie par l'adhérent)

Nom _____ Prénom _____

N° de police | 1 4 A 0 0 | N° d'assurance sociale | _____ | N° de client Sogedent | _____ |

Date de naissance | A , A , A , A | M , M | J , J |

DÉPENSES MENSUELLES (joindre les pièces justificatives)

Veuillez inscrire les dépenses mensuelles (raisonnables et courantes) réellement engagées que vous devez assumer pendant votre période d'invalidité pour le mois de _____.

• Rémunération des employés et cotisation à titre d'employeur aux différents régimes publics ainsi qu'aux régimes d'assurance collective et de retraite des employés		_____ \$
• Services publics (téléphone, eau, électricité)		_____ \$
• Loyer, taxes foncières ou versement mensuel en remboursement d'un emprunt hypothécaire contracté sur la partie de l'immeuble où se trouve votre cabinet		_____ \$
• Blanchisserie, conciergerie et entretien		_____ \$
• Honoraires pour services professionnels (comptabilité, contentieux, facturation)		_____ \$
• Versements d'un contrat de crédit-bail (si non assuré)		_____ \$
• Amortissement		_____ \$
• Location d'équipement		_____ \$
• Intérêts débiteurs et remboursements périodiques de capital autre qu'hypothèque		_____ \$
• Cotisation aux différentes associations professionnelles		_____ \$
• Autres dépenses courantes		_____ \$
TOTAL DES DÉPENSES :	1 :	_____ \$
Honoraires perçus moins les frais de laboratoire et les fournitures dentaires (Montant établi à la section C au verso)	2 :	_____ \$
TOTAL :	1 - 2 :	_____ \$

Note : Tous les frais engagés pour une période plus longue qu'un mois feront l'objet d'un calcul au prorata.

JE DÉCLARE que tous les renseignements donnés ci-dessus sont complets et exacts.

Signature de l'adhérent _____

| A , A , A , A | M , M | J , J |

Date

VEUILLEZ INSCRIRE la part des honoraires des dentistes qui traitent vos patients.

Section A

	Honoraires facturés	Honoraires conservés par le cabinet	
Honoraires facturés (en invalidité partielle)	_____ \$ ⁽¹⁾		
Honoraires facturés par des dentistes associés (concernant vos patients)	_____ \$ ⁽²⁾		
Honoraires provenant des dentistes au pourcentage	_____ \$	_____ \$ ⁽³⁾	
Honoraires provenant des dentistes remplaçants	_____ \$	_____ \$ ⁽⁴⁾	
Honoraires provenant des dentistes invités	_____ \$	_____ \$ ⁽⁵⁾	
Total des honoraires bruts perçus concernant vos patients (1 + 2 + 3 + 4 + 5)			A : _____ \$

Section B (joindre les pièces justificatives)

Fournitures dentaires liées aux honoraires déclarés à la section A	_____ \$
Frais de laboratoire directement liés aux honoraires déclarés à la section A	_____ \$
Total des frais de laboratoire et des fournitures dentaires relatifs aux traitements facturés durant le mois	B : _____ \$

Section C

Honoraires perçus moins les frais de laboratoire et les fournitures dentaires (Total A – B) Reporter le montant (Total A – B) à la ligne 2 : de la page précédente	C : _____ \$
---	--------------

Nature de la demande : Invalidité – perte de revenu Invalidité – frais de bureau Exonération des primes**COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT (cette partie doit être remplie par l'adhérent)**

Nom _____ Prénom _____

N° de police | 1 4 A 0 0 | N° d'assurance sociale | _____ | N° de client Sogedent | _____ |

Date de naissance | A , A , A , A | M , M | J , J |

AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, l'ACDQ, l'administrateur Sogedent Assurances inc. ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à SSQ Groupe financier ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

J'autorise également SSQ Groupe financier à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Une photocopie de la présente « Autorisation de l'adhérent » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation de l'adhérent » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'adhérent _____

| A , A , A , A | M , M | J , J |

Date

Adresse _____

Code postal

Tél. domicile _____

Tél. travail _____

poste _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**PARTIE 1 – DIAGNOSTIC**

1. Principal : (Axe I) _____

2. Secondaire : (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques

3. Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet.

4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers Moyens Graves avec éléments psychotiques

5. L'interruption de travail résulte de difficultés liées à :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> La vie conjugale/familiale | <input type="checkbox"/> La perte d'un emploi ou une mise à pied | <input type="checkbox"/> L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu |
| <input type="checkbox"/> Des problèmes professionnels | <input type="checkbox"/> D'autres types de problèmes | <input type="checkbox"/> (Précisez) : _____ |

6. Niveau actuel de la capacité fonctionnelle d'adaptation (EGF) : _____

7. Niveau de capacité fonctionnelle d'adaptation le plus élevé depuis un an - notation EGF (0-100) : _____

8. Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) :

9. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reçu des traitements médicaux | <input type="checkbox"/> Consulté un autre médecin | <input type="checkbox"/> Pris des médicaments |
| <input type="checkbox"/> Été hospitalisé | <input type="checkbox"/> Subi des examens | <input type="checkbox"/> Précisez la date des épisodes antérieurs : A , A , A , A M , M J , J |

PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (**ce qu'il ne peut pas faire**)?

2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (**ce qu'il ne doit pas faire**)?

3. Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non Oui

PARTIE 3 – TRAITEMENT

1. Médicaments – nom et posologie : _____

2. Stratégies de la médication

Augmentation progressive : _____

Potentialisation : _____

Associations médicamenteuses : _____

Changements de médication : _____

3. Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non Oui un travailleur social? Non Oui
un psychologue? Non Oui un autre intervenant des services de santé? Non Oui

Dans l'affirmative, nom de l'intervenant : _____

4. Hospitalisation : du | A , A , A , A | M , M | J , J | au | A , A , A , A | M , M | J , J |

Nom de l'hôpital : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité | A , A , A , A | M , M | J , J |

Prochaine consultation | A , A , A , A | M , M | J , J |

2. Autre date de consultation | A , A , A , A | M , M | J , J |

3. Périodicité du suivi _____

4. Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____

5. Durée approximative de l'invalidité N^{bre} de semaines _____ ou N^{bre} de mois _____ ou Indéterminée

ou Date de retour au travail | A , A , A , A | M , M | J , J |

6. Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?

À temps partiel À temps plein Si le retour doit être progressif, veuillez en donner la raison : _____

7. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le | A , A , A , A | M , M | J , J |

Semaine 1 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J | Semaine 3 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J |

Semaine 2 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J | Semaine 4 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J |

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone _____

2. Adresse : _____ Télécopieur _____

3. Omnipraticien Spécialiste Autre

Précisez : _____

Signature

| A , A , A , A | M , M | J , J |

Date

Nature de la demande : Invalidité – perte de revenu Invalidité – frais de bureau Exonération des primes

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT (cette partie doit être remplie par l'adhérent)

Nom _____ Prénom _____

N° de police | 1 4 A 0 0 | N° d'assurance sociale | _____ | N° de client Sogedent | _____ |

Date de naissance | A , A , A , A | M , M | J , J |

AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, l'ACDQ, l'administrateur Sogedent Assurances inc. ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à SSQ Groupe financier ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

J'autorise également SSQ Groupe financier à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Une photocopie de la présente « Autorisation de l'adhérent » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation de l'adhérent » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'adhérent _____

| A , A , A , A | M , M | J , J |

Date

Adresse _____

Code postal

Tél. au domicile _____

Tél. au travail _____

poste _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1. Principal : _____

2. Secondaire : _____

3. Complications : _____

4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :

- Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments
 Été hospitalisé Subi des examens Précisez la date de toute période de traitement : | A , A , A , A | M , M | J , J |

5. a) L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient?

Non Oui Dans l'affirmative, précisez : _____

b) L'invalidité est-elle liée à : Un accident Une maladie Un accident du travail Une maladie professionnelle Un accident d'automobile

Date de l'événement : | A , A , A , A | M , M | J , J |

c) S'agit-il d'une grossesse? Non Oui Date prévue de l'accouchement : | A , A , A , A | M , M | J , J |

S'agit-il d'un retrait préventif? Non Oui Date du début : | A , A , A , A | M , M | J , J |

6. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer les fonctions de son emploi ou d'accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique.

Au début de l'invalidité	Date : A , A , A , A M , M J , J	Actuellement

Poids : _____ Droitier Gaucher

PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (ce qu'il ne peut pas faire)?

2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (ce qu'il ne doit pas faire)?

3. État cardiaque (si l'invalidité y est liée) :

a) Capacité fonctionnelle (American Heart Association)

Catégorie 1 (aucune limitation) Catégorie II (légère limitation) Catégorie III (limitation importante) Catégorie IV (limitation grave)

b) Pression artérielle (dernière visite) Systolique _____ Diastolique _____

c) Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non Oui

PARTIE 3 – TRAITEMENT

1. Médicaments – nom et posologie : _____

2. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou des tests? Non Oui Précisez : _____

b) une chirurgie? Non Oui D'un jour Type : _____ Date : | A , A , A , A | M , M | J , J |
Nature de l'intervention chirurgicale : _____

c) d'autres traitements? Non Oui Précisez : _____

d) une hospitalisation : du | A , A , A , A | M , M | J , J | au | A , A , A , A | M , M | J , J |
Nom de l'hôpital : _____

e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité | A , A , A , A | M , M | J , J | Prochaine consultation | A , A , A , A | M , M | J , J |

2. Autre date de consultation | A , A , A , A | M , M | J , J | Périodicité du suivi _____

3. Le patient sera-t-il dirigé vers un autre médecin? Non Oui
Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

4. Durée approximative de l'invalidité : N^{bre} de semaines _____ ou N^{bre} de mois _____ ou Indéterminée
ou Date de retour au travail | A , A , A , A | M , M | J , J |

5. Le patient est-il apte à reprendre le travail?
 À temps partiel À temps plein Si le retour doit être progressif, veuillez en donner la raison : _____

6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le | A , A , A , A | M , M | J , J |
Semaine 1 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J | Semaine 3 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J |
Semaine 2 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J | Semaine 4 : _____ jours/semaine Date | A , A , A , A | M , M | J , J |

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone _____

2. Adresse : _____ Télécopieur _____

3. Omnipraticien Spécialiste Autre

Précisez : _____

Signature | A , A , A , A | M , M | J , J |
Date