

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

**A. Renseignements devant être fournis par le patient**

Nom du participant au régime		Numéro de groupe et de certificat	
Nom du patient	Date de naissance du patient A M J	Lien de parenté avec le participant au régime	
Adresse		Code postal	
Ville	Province	Numéro de téléphone	

J'atteste que les renseignements fournis par moi sont exacts et complets. J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. les renseignements relatifs à la présente demande.

Signature du patient/parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date A M J

**B. Renseignements devant être fournis par le médecin prescripteur**

Nom du médicament :		Concentration :	Dose :
Diagnostic :	Durée approximative du traitement : du A M J au A M J		

La médication sera administrée :

- à domicile, au CLSC ou au cabinet privé  
 dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.  
 ailleurs, précisez \_\_\_\_\_

Autres informations médicales pertinentes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin		N° de permis	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Signature du médecin		Date A M J	

**C. Usage interne**

Demande évaluée par	Date A M J
---------------------	---------------

Retourner le présent formulaire :

Par télécopieur : (418) 651-0894

Par courrier : Directeur médical  
SSQ, Société d'assurance-vie inc.  
2525, boulevard Laurier  
Succ. Sainte-Foy, C.P. 10500  
Québec, Québec  
G1V 4H6