SSQ assurance

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR PHARMACIE

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS PHARMACIE

NUMÉRO DU FOURNISSEUR | TÉLÉPHONE FOURNISSEUR | NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE

VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL

SECTION 2 DEMANDE DE RÈGLEMENT

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION A	M	J	NIM	Nº SUB (1 OU 2)	QTÉ	Nº D'ORDONNANCE	JOURS D'APPROV	COÛT	HONO-RAIRES	HONOR. SS/MON-TANT CDP	CODE D'INTER-VENTION	MONTANT BRUT

SECTION 3 DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENT COMPOSÉS

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	CODE DU COMPOSÉ	QTÉ	JOURS D'APPROV	Nº D'ORDONNANCE	DATE DE LA PRÉPARATION ANNÉE MOIS JOUR	MONTANT BRUT

INGRÉDIENTS	NIM	QUANTITÉ	COÛT
		COÛT TOTAL	

HONOR. PROF.

COMPOSÉ TEMPS

FACTURÉ PAR MINUTE

TOTAL $

NOM DU MÉDECIN

SECTION 4 AUTORISATION

JE SOUSSIGNÉ, CERTIFIE QUE LES MÉDICAMENTS RÉCLAMÉS PAR LA PRÉSENTE ONT ÉTÉ PRÉPARÉS POUR LA PERSONNE IDENTIFIÉE CI-DESSUS

SIGNATURE DU PHARMACIEN | DATE

SECTION 5 INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DES ENVOIS POUR VOS DOSSIERS CAR AUCUN DES DOCUMENTS SOUMIS NE SERA RETOURNÉ

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE:
SSQ - Demande de prestations d'assurance-maladie
CP 10 500 Succ. Sainte-Foy, Québec QC G1V 4H6

SERVICE À LA CLIENTÈLE : 1-800-463-6262 TÉLÉC. : 1 855 453-3942
SSQ.CA