## ANNULATION/CORRECTION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT



SSQ CP 10 500 Succ. Sainte Foy, Québec QC G1V 4H6 1 800 463 6262 Fax : 1 855 453 3942 clientele@ssq.ca

Type de prestation :	
☐ Médicaments ☐ Soins Den	rofessionnels
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:
Avez-vous reçu un chèque?	
□ Non	
Oui Dans l'affirmative, qu'est-il arrivé au chèque? Encaissé Détruit	
Raison de l'annulation :	
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	