

## Rapport du ou de la dentiste



**Note au ou à la dentiste :** Faire parvenir ce rapport **directement** à la Société de l'assurance automobile du Québec.

Numéro de réclamation

## Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille à la naissance	Prénom	
Nom de famille du conjoint ou de la conjointe à la naissance	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance (Année-Mois-Jour)
Adresse	Date de l'accident (Année-Mois-Jour)	
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal
		Téléphone

## État de la personne accidentée

## Antécédents

Avez-vous déjà traité cette personne avant l'accident?  Oui  Non

Si oui, indiquez l'état dentaire de la personne avant l'accident :

---



---



---

## Prothèses

- La personne accidentée portait-elle des prothèses avant l'accident?  Oui  Non
- Prothèse complète supérieure  Prothèse partielle supérieure
- Prothèse complète inférieure  Prothèse partielle inférieure
- Lors de l'accident, y a-t-il eu bris ou perte de prothèse?  Oui  Non
- Maxillaire supérieur ►  acrylique  métal
- Maxillaire inférieur ►  acrylique  métal

## Histoire actuelle

Date de l'examen | Année      Mois      Jour

## Y a-t-il des dommages dentaires reliés à l'accident?

Oui  Non

## Si oui, veuillez indiquer à quelles dents ou à quelles régions :

- Perte de dent : \_\_\_\_\_
- Perte d'obturation : \_\_\_\_\_
- Fracture : { de restauration : \_\_\_\_\_  
de dent : \_\_\_\_\_  
d'os : \_\_\_\_\_}
- Lacération de tissu mou : \_\_\_\_\_
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Précision sur le ou les traitements

Est-il nécessaire d'élaborer un plan de traitement?  Oui  Non

Y a-t-il eu prise de radiographies préopératoires?  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre votre plan à ce rapport et y indiquer les coûts et codes de procédure pour chaque traitement.

Si oui, veuillez les joindre à ce rapport.  
(Les radiographies sont essentielles pour l'étude du dossier.)

**Renseignements sur le ou la dentiste**

Nom	Prénom		
Discipline	Numéro de permis		
Adresse			
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal	Téléphone

Signature du ou de la dentiste	Date (Année-Mois-Jour)
--------------------------------	------------------------

**Bien que ce rapport soit essentiel, la personne accidentée doit faire une demande d'indemnité à la Société.**

**DEUX FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :** Service en ligne Envoi de documents et remboursement de frais pour les intervenants externes : [saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants](http://saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants)

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

*Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.*

**Renseignements personnels**

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.