



Avec vous, au cœur de votre sécurité

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

Número 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

À REMPLIR PAR LE OU LA DENTISTE

État de la personne accidentée							
Antécédents	Prothèses						
Avez-vous déjà traité cette personne avant l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez l'état dentaire de la personne avant l'accident : 	La personne accidentée portait-elle des prothèses avant l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prothèse complète supérieure <input type="checkbox"/> Prothèse partielle supérieure <input type="checkbox"/> Prothèse complète inférieure <input type="checkbox"/> Prothèse partielle inférieure Lors de l'accident, y a-t-il eu bris ou perte de prothèse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Maxillaire supérieur <input type="checkbox"/> acrylique <input type="checkbox"/> métal <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> acrylique <input type="checkbox"/> métal						
Histoire actuelle							
Date de l'examen <table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Année	Mois	Jour				Y a-t-il des dommages dentaires reliés à l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Année	Mois	Jour					
Si oui, veuillez indiquer à quelles dents ou à quelles régions : <ul style="list-style-type: none">Perte de dent : _____Perte d'obturation : _____Fracture : <div><div>de restauration : _____</div><div>de dent : _____</div><div>d'os : _____</div></div>Lacération de tissu mou : _____Autre, précisez : _____							
Précision sur le ou les traitements							
Est-il nécessaire d'élaborer un plan de traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez joindre votre plan à ce rapport et y indiquer les coûts et codes de procédure pour chaque traitement.	Y a-t-il eu prise de radiographies préopératoires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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/documents/intervenants
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 ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.