Santé Canada Health Canada

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

☐ **POUR** POST DÉTERMINATION
POUR SOINS DE BASE OU D'URGENCE SEULEMENT

☐ **POUR** PRÉDÉTERMINATION

☐ **POUR** DEMANDE DE PAIEMENT

1RE PARTIE - À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

NOM DE FAMILLE PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE

PROVINCE CODE POSTAL

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

NO DE FOURNISSEUR

TÉLÉPHONE

LE RÈGLEMENT SERA VERSÉ AU FOURNISSEUR À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE CI-DESSOUS.

REMBOURSER LE BÉNÉFICIAIRE/TUTEUR ☐

VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET L'ADRESSE DU DESTINATAIRE DU REMBOURSEMENT S'ILS DIFFÈRENT DE CEUX DU BÉNÉFICIAIRE. LE DESTINATAIRE DU REMBOURSEMENT DOIT AVOIR AU MOINS 16 ANS.

NOM DE FAMILLE PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE

PROVINCE CODE POSTAL

RÉSERVÉ AU FOURNISSEUR - POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIC, ACTES DENTAIRES OU ÉLÉMENTS PARTICULIERS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

VÉRIFICATION/SIGNATURE DU FOURNISSEUR :

J'AUTORISE LA DIVULGATION DE TOUT DOSSIER RELATIF AU TRAITEMENT ET AU RÈGLEMENT DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT PAR LE FOURNISSEUR À SANTÉ CANADA, À SES AGENTS OU À SES CONTRACTANTS OU À TOUT ORGANISME COMPÉTENT CHARGÉ D'ACCORDER LES LICENCES OU CHARGÉ DE LA RÉGLEMENTATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, ET CE, AUX FINS DE VÉRIFICATION ADMINISTRATIVE.

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE (PARENT/TUTEUR)

	DATE DU SERVICE	CODE D'ACTE DENTAIRE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES PROFESSIONNELS	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL	NO DE PRÉDÉTERMINATION	APPROBATION PAR LA DSPNI			
	A A A A M M J J								OUI	NON	S.O.	CT
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS $

LES SERVICES SERONT RÉGLÉS SELON LES MODALITÉS APPLICABLES DE LA DSPNI

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS DENTAIRES QUI ONT ÉTÉ RENDUS ET DES HONORAIRES QUI SONT DEMANDÉS.

2E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR)

NO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE : _____ OU NO DE BANDE _____ **ET** NO DE FAMILLE _____

NOTA : LE NO DE BANDE ET LE NO DE FAMILLE NE S'APPLIQUENT PAS AUX BÉNÉFICIAIRES INUITS OU INNUS.

DATE DE NAISSANCE : _____
JOUR MOIS ANNÉE

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR)

A. EST-CE QUE DES SERVICES OU DES SOINS DENTAIRES SONT COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU UN AUTRE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES, LA CSST, UN RÉGIME GOUVERNEMENTAL, OU DANS LE CAS D'UN ACCIDENT, PAR UNE ASSURANCE AUTOMOBILE OU UNE ASSURANCE ACCIDENTS? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER

LE NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE _____

LE NOM DU RÉGIME OU DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE _____

B. EST-CE QU'IL MANQUE DES DENTS? ☐ OUI ☐ NON SI OUI, VEUILLEZ ENCERCLER LE NUMÉRO DE CHAQUE DENT MANQUANTE

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

THIS FORM IS ALSO AVAILABLE IN ENGLISH

4E PARTIE - PRÉDÉTERMINATION (À ÊTRE REMPLIE PAR LA DSPNI)

LA SOUMISSION CI-DESSUS EST : ☐ APPROUVÉE ☐ REFUSÉE

AGENT D'AUTORISATION DE LA DSPNI

☐ NO CR _____

DATE : _____
JOUR MOIS ANNÉE

_____
SIGNATURE

ADRESSE OÙ ENVOYER LA DEMANDE DE PAIEMENT

RÈGLEMENT DE LA DEMANDE DE PAIEMENT AU FOURNISSEUR

VEUILLEZ POSTER LA DEMANDE À :
EXPRESS SCRIPTS CANADA
DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS DENTAIRES DES SSNA
3080, RUE YONGE, BUREAU 3002
TORONTO (ONTARIO) M4N 3N1

REMBOURSEMENT DE LA DEMANDE DE PAIEMENT AU BÉNÉFICIAIRE

VEUILLEZ POSTER LA DEMANDE AU :
BUREAU RÉGIONAL DE SANTÉ CANADA / CENTRE DE RÉVISION EN ORTHODONTIE – VOIR CI-DESSOUS POUR LA LISTE DES BUREAUX RÉGIONAUX / CENTRE DE RÉVISION EN ORTHODONTIE ET LEUR ADRESSE.

ADRESSES OÙ ENVOYER LES DEMANDES DE PAIEMENT NÉCESSITANT UNE PRÉDÉTERMINATION

VEUILLEZ SOUMETTRE LES DEMANDES DE PAIEMENT NÉCESSITANT UNE PRÉDÉTERMINATION AU BUREAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS OU AU CENTRE DE RÉVISION EN ORTHODONTIE À L'ATTENTION DU DENTISTE RÉGIONAL À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS.

RÉGION DE L'ATLANTIQUE
BUREAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK, DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR, DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE ET DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
MARITIME CENTRE
1505, RUE BARRINGTON
15E ÉTAGE, BUREAU 1525
HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE) B3J 3Y6
SANS FRAIS : 1 800 565-3294
(À HALIFAX) : 1 902 426-2656
TÉLÉC. : 1 866 962-7709
COURRIEL : ATLSSNA@HC-SC.GC.CA

CENTRE DE RÉVISION EN ORTHODONTIE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
55, RUE METCALFE, 5E ÉTAGE
LOCALISATION POSTALE 4005A
OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9
SANS FRAIS : 1 866 227-0943
TÉLÉC. : 1 866 227-0957

RÉGION DE L'ALBERTA
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
CANADA PLACE
9700, AV. JASPER, BUREAU 730
EDMONTON (ALBERTA) T5J 4C3
SANS FRAIS : 1 888 495-2516
(DE L'EXTÉRIEUR DE L'ALBERTA) : 1 780 495-2516

RÉGION DU QUÉBEC
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
COMPLEXE GUY-FAVREAU
200, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE OUEST
TOUR EST, BUREAU 404
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Z 1X4
SANS FRAIS : 1 877 483-5501
À MONTRÉAL : 1 514 283-5501

RÉGION DU MANITOBA
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
ÉDIFICE FÉDÉRAL STANLEY KNOWLES
391, AV. YORK, BUREAU 300
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 4W1
SANS FRAIS : 1 877 505-0835
À WINNIPEG : 1 204 983-3912
TÉLÉC. : 1 204 984-5798

RÉGION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
757, RUE WEST HASTINGS, BUREAU 540
VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6
SANS FRAIS : 1 888 321-5003
TÉLÉC. : 1 604 666-5815

RÉGION DE L'ONTARIO
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
EMERALD PLAZA
1547, MERIVALE ROAD
3E ÉTAGE, LOCALISATION POSTALE 6103A
NEPEAN (ONTARIO) K1A 0L3

À OTTAWA : 1 613 952-0102
SANS FRAIS : 1 888 283-8885

RÉGION DE LA SASKATCHEWAN
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
2045, RUE BROAD, 1ER ÉTAGE
REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 3T7
SANS FRAIS : 1 877 780-5458
À REGINA : 1 306 780-5458
TÉLÉC. : 1 306 780-7741

RÉGION DU NORD
BUREAU DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST, DU NUNAVUT ET DU YUKON,
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SANTÉ CANADA
ÉDIFICE QUALICUM
2936, CHEMIN BASELINE
TOUR A, 4E ÉTAGE, LOCALISATION POSTALE 3304A
OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9
SANS FRAIS : 1 888 332-9222
TÉLÉC. : 1 800 949-2718

VEUILLEZ FAIRE UNE PHOTOCOPIE DU FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ET LA CONSERVER DANS VOS DOSSIERS