



PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS FORMULAIRE POUR LE PROJET D'ESSAI SUR LES PROTHÈSES PARTIELLES AMOVIBLES DENTUROLOGISTES

Numéro du télécopieur sans frais pour le projet d'essai: 1-833-517-0378

Ce formulaire doit accompagner chaque demande de prédétermination pour les prothèses partielles amovibles soumises dans le cadre du projet d'essai.

A. Critères de couverture des prothèses partielles amovibles dans le cadre du projet d'essai des SSNA

1. L'espace à remplacer est supérieur ou égal à celui des dents naturelles correspondantes (verticalement et horizontalement).
2. Il y a une ou plusieurs dents manquantes dans le sextant antérieur; OU il y a deux ou plusieurs dents postérieures manquantes dans un quadrant à l'exclusion des deuxièmes et troisièmes molaires.
3. Les documents justificatifs suivants doivent être mis à la disposition des SSNA sur demande :
 - Une indication de toutes les dents manquantes
 - UN des dossiers de diagnostic suivants:
 - Modèles en plâtre (arcade dentaire supérieure et arcade dentaire inférieure)
 - Photos des modèles en plâtre (3) (arcade dentaire supérieure et inférieure séparément, et en occlusion)
 - Photos des arcades dentaires supérieure et inférieure (3) (arcade dentaire supérieure et inférieure séparément, et en occlusion)
4. **Manitoba SEULEMENT** : Un Certificat de santé buccodentaire doit accompagner chaque formulaire et demande de prédétermination soumis par télécopieur dans le cadre du projet d'essai.

B. Les principes généraux et les conditions d'admissibilité* de l'actuelle Politique concernant les prothèses partielles amovibles continuent de s'appliquer à l'exception des conditions suivantes:

« Les dents piliers doivent avoir: support parodontal adéquat, selon les niveaux d'os alvéolaire (le rapport couronne:racine d'au moins 1:1) visibles sur les radiographies soumises; et absence de maladie parodontale active. »

« S'il y a évidence de maladies parodontales, le Programme des SSNA ne prendra pas en considération la couverture d'une prothèse partielle en métal. Cependant, dans cette situation le Programme pourrait couvrir une prothèse partielle en acrylique. »

* Consulter les sections 8.6.1 et 8.6.2 du Guide concernant les prestations dentaires : Programme des SSNA

Conséquence du non-respect des critères énumérés dans la section A

Le Programme des SSNA communiquera avec certains fournisseurs de prothèses partielles amovibles payées sélectionnées au hasard pour demander tous les documents justificatifs énumérés dans la section A.

Si les documents requis ne sont pas envoyés ou que les critères de couverture dans le cadre du projet d'essai ne sont pas respectés, le recouvrement de 100 % des honoraires professionnels payés par cas par le Programme des SSNA sera exigé. Les sommes recouvrées ne peuvent pas être facturées au client.

En signant ci-dessous, j'accepte que ce cas de prothèse partielle amovible participe au projet d'essai sur les prothèses partielles amovibles selon les exigences décrites ci-dessus.

Nom du fournisseur (en lettres moulées) :	Nom du client :
Numéro du fournisseur :	
Signature du fournisseur :	Date de naissance du client :
Date :	Numéro d'id. du client :