



**PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS
FORMULAIRE POUR LE PROJET D'ESSAI SUR LES PROTHÈSES PARTIELLES AMOVIBLES
CHIRURGIENS DENTISTES (DG/SP)**

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

- L'espace à remplacer est supérieur ou égal à celui des dents naturelles correspondantes (verticalement et horizontalement).
- 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.
- Les documents justificatifs suivants doivent être mis à la disposition des SSNA sur demande :
 - Le plan de traitement complet indiquant tous les traitements terminés et prévus
 - Les radiographies conventionnelles ou numériques (radiographies périapicales des dents piliers et radiographies interproximales)
 - Une indication de toutes les dents manquantes
 - Toutes les données/notes cliniques pertinentes appuyant la demande de prédétermination

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 dentaire : 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 :