



POST DÉTERMINATION

PRÉDÉTERMINATION

DEMANDE DE PAIEMENT

SOINS D'URGENCE SEULEMENT

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

1^{RE} PARTIE - À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

*NOM DE FAMILLE _____

*PRÉNOM _____

*ADRESSE _____
APP. _____

*VILLE _____

*PROVINCE _____ *CODE POSTAL _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

*N° DE FOURNISSEUR _____ ID DU BUREAU _____

*ADRESSE DU CABINET _____

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 SERVICES AUX AUTOCHTONES 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)**

NO	DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	CODE D'ACTE DENTAIRE (5 chiffres)	CODE INT. 89G 89BHG (2 chiffres)	SURFACES DES DENTS (5 chiffres)	HONORAIRES PROFESSIONNELS (Inclure décimales)	FRAIS DE LABORATOIRE (Inclure décimales)	TOTAL (Inclure décimales)	N° DE PRÉDÉTERMINATION (10 chiffres)	APPROBATION PAR LA DSPNI			
									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.

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

*N° D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE : _____ OU *N° DE BANDE _____ **ET** *N° DE FAMILLE _____

DATE DE NAISSANCE : _____ AAAAA-MM-JJ

NOTA : LE N° DE BANDE ET LE N° DE FAMILLE NE S'APPLIQUENT PAS AUX BÉNÉFICIAIRES INUITS OU INNUS.

3^E 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	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

4^E PARTIE - PRÉDÉTERMINATION (À ÊTRE REMPLIE PAR LA DSPNI)LA SOUMISSION CI-DESSUS EST : APPROUVÉE REFUSÉE

AGENT D'AUTORISATION DE LA DSPNI

 N^O 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 : TÉLÉCOPIEUR : 1 888 249-6098
EXPRESS SCRIPTS CANADA
DEMANDES DE PAIEMENT POUR
SOINS DENTAIRES DES SSNA 3080,
RUE YONGE, BUREAU 3002
TORONTO (ONTARIO) M4N 3N1**REMBOURSEMENT AU BÉNÉFICIAIRE** DANS TOUTES LES RÉGIONS, À L'EXCEPTION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUEVEUILLEZ POSTER LA DEMANDE AU :
CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE- SERVICES DENTAIRES/ CENTRE
DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE - SERVICES D'ORTHODONTIE – VOIR LES
COORDONNÉES DES BUREAUX CI-DESSOUS.**ADRESSES OÙ ENVOYER LES DEMANDES DE PRÉDÉTERMINATION**

VEUILLEZ SOUMETTRE LES DEMANDES DE PRÉDÉTERMINATION AU CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE – SERVICES DENTAIRES OU AU CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE – SERVICES D'ORTHODONTIE, DANS TOUTES LES RÉGIONS, À L'EXCEPTION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE.

CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE***SOINS DENTAIRES***SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES
INUITS
SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA
IA 1902D,
2^E ÉTAGE, ÉDIFICE JEANNE MANCE
200, PROMENADE ÉGLANTINE
OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9
NUMÉRO SANS FRAIS : 1 855 618-6291
TÉLÉCOPIEUR : 1 855 618-6290**CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE*****SERVICES D'ORTHODONTIE***SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA
IA 1902C,
2^E ÉTAGE, ÉDIFICE JEANNE MANCE
200, PROMENADE ÉGLANTINE
OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9
NUMÉRO SANS FRAIS : 1 866 227-0943
TÉLÉCOPIEUR : 1 866 227-0957

VEUILLEZ SOUMETTRE LES DEMANDES DE PRÉDÉTERMINATION ET LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT POUR SERVICES DENTAIRE AU BÉNÉFICIAIRE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE AU BUREAU RÉGIONAL CI-DESSOUS (À L'EXCLUSION DES DEMANDES RELATIVES AUX SERVICES D'ORTHODONTIE).

COLOMBIE-BRITANNIQUESERVICES DE PRESTATIONS DE SANTÉ
757, RUE WEST HASTINGS, BUREAU 540
VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6
NUMÉRO SANS FRAIS : 1 888 321-5003
TÉLÉCOPIEUR : 1 604 666-5815

VEUILLEZ SOUMETTRE LES DEMANDES DE PRÉDÉTERMINATION ET LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT POUR SERVICES D'ORTHODONTIE AU BÉNÉFICIAIRE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS.

CENTRE DE PRÉDÉTERMINATION DENTAIRE***SERVICES D'ORTHODONTIE***SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA
IA 1902C,
2^E ÉTAGE, ÉDIFICE JEANNE MANCE
200, PROMENADE ÉGLANTINE
OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9
NUMÉRO SANS FRAIS : 1 866 227-0943
TÉLÉCOPIEUR : 1 866 227-0957**VEUILLEZ FAIRE UNE PHOTOCOPIE DU FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ET LA CONSERVER DANS VOS DOSSIERS**