

## Aux praticiens en soins dentaires du Québec

Hiver 1999/2000

### ACTUALITÉS

Au moment où vous recevez ce bulletin, nous aurons déjà franchi le cap du 1<sup>er</sup> janvier 2000 et First Canadian Health (FCH) entame donc sa deuxième année d'opération à titre de responsable du traitement des demandes de paiement du programme des Services de santé non assurés (SSNA) pour la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada.

Vos questions et commentaires nous intéressent à FCH. Vous pouvez nous les faire parvenir en communiquant avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de First Canadian Health (FCH) au **1-888-471-1111** ou, encore, en nous écrivant à notre adresse postale.

Nos meilleurs vœux vous accompagnent en cette nouvelle année et nous profitons de l'occasion pour vous remercier de l'appui que vous nous témoignez.

### PLEINS FEUX SUR... LE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS DENTAIRE

Le Département de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires de First Canadian Health (FCH) fonctionne avec un effectif de 27 personnes expérimentées et dévouées qui traitent plus de 17 500 demandes de paiement pour soins dentaires par semaine. Notre objectif est de fournir un service de qualité qui soit rapide et efficace. Nous surveillons continuellement nos objectifs en matière de délais de traitement (90 % de ces demandes de paiement sont réglées dans les 5 jours ouvrables et 10 %, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception). C'est avec plaisir donc que nous annonçons que ce niveau de service est maintenu sans interruption.

Dans le prochain bulletin trimestriel, nous présenterons la nouvelle équipe responsable de l'assurance de la qualité de First Canadian Health (FCH); c'est-à-dire, le groupe qui veille sur la qualité du traitement des demandes de paiement pour soins dentaires que nous offrons.

### DEMANDES DE PAIEMENT MISES EN SUSPENS ET RELEVÉ DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS DENTAIRE

Depuis le 15 novembre 1999, les demandes de paiement mises en suspens sont indiquées sur chaque Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires lorsqu'elles ont été mises en suspens, et ce, jusqu'à ce qu'elles soient réglées ou rejetées. Les demandes de paiement mises en suspens sont indiquées par le message W99 (LA

PRÉSENTE DEMANDE EST EN SUSPENS). Ce changement permet dorénavant à nos fournisseurs de revoir, à raison de deux fois par mois, la situation de chaque demande de paiement soumise pour règlement jusqu'à ce qu'une décision ait été prise au niveau du traitement.

### EXIGENCE DE VÉRIFICATION DU FOURNISSEUR

À partir du 1<sup>er</sup> février 2000, le programme des SSNA fera respecter l'exigence selon laquelle toutes les demandes de paiement soumises à First Canadian Health (FCH). Toutes les demandes de prédétermination soumises à la Direction générale des services médicaux (DGSM) doivent alors avoir l'étampe de signature ou la signature originale du fournisseur. Aucune autre signature ne sera acceptée.

### DEMANDES DE PRÉDÉTERMINATION ENVOYÉES À LA MAUVAISE ADRESSE

À partir du 1<sup>er</sup> février 2000, les demandes de prédétermination envoyées à First Canadian Health (FCH) plutôt que directement au bureau approprié de la Direction générale des services médicaux (DGSM) seront retournées par FCH au praticien en soins dentaires pour que ce dernier soumette le document à l'adresse postale appropriée.

Veillez consulter le répertoire des adresses inséré dans la pochette de votre *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* (TIPSD). Ce document indique les adresses de tous les bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux (DGSM).

### NUMÉRO SANS FRAIS DE LA DGSM AU QUÉBEC

Il nous fait plaisir de vous annoncer qu'à compter du 15 janvier 2000, vous pourrez appeler l'unité des soins dentaires du bureau des Services de santé non assurés (SSNA) de Montréal au numéro sans frais suivant :

**1-877-483-5501**

### MISE À JOUR DU RÉPERTOIRE DES ADRESSES

Vous trouverez ci-joint le nouveau répertoire des adresses. Les modifications apportées à ce document reflètent les changements qui sont intervenus au sein de la Direction générale des services médicaux (DGSM) dans certaines régions. Veuillez remplacer par ce nouveau répertoire des adresses l'ancienne version insérée dans la pochette de votre *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* (TIPSD).

---

## **PASSAGE À L'AN 2000**

First Canadian Health (FCH) s'est employé à contrer le bogue de l'an 2000 et a mis en œuvre toutes les mesures nécessaires visant à éliminer tout problème technique potentiel risquant de survenir avec le *Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé* (STRDPSS). FCH peut maintenant affirmer qu'il n'y aura aucune interruption au niveau des services.

Si vous êtes confrontés à un problème relié au système STRDPSS après le 1<sup>er</sup> janvier 2000, veuillez communiquer avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de First Canadian Health (FCH) au **1-888-471-1111**.

---

## **TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF)**

First Canadian Health (FCH) peut maintenant déposer directement dans votre compte bancaire le montant relatif à votre demande de paiement. Le système TEF est un moyen rapide, pratique et sécuritaire pour recevoir le règlement des demandes de paiement traitées par FCH. Le système TEF permet uniquement à FCH de déposer des fonds dans votre compte. FCH n'a pas l'autorisation d'effectuer aucune autre transaction.

Si vous désirez adopter ce mode de paiement, veuillez remplir le formulaire ci-joint et nous l'envoyer par la poste ou par télécopieur au **1-888-276-9848**, accompagné d'un chèque portant la mention ANNULÉ.

---

## **FORMULAIRE DENT-29 DES SSNA**

Pour accélérer le règlement de vos demandes de paiement, inscrivez les services rendus aux bénéficiaires des SSNA sur le formulaire Dent-29 des SSNA de First Canadian Health (FCH). Nous n'acceptons plus les demandes de paiement soumises sur des versions antérieures du formulaire Dent-29 des SSNA. Ainsi, nous vous les retournerons accompagnées d'un formulaire Dent-29 des SSNA de First Canadian Health (FCH) que vous devrez remplir et nous renvoyer.

La *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* (TIPSD) sera bientôt mise à jour pour refléter ce changement.

---

## **NISGA'A VALLEY HEALTH BOARD (CONSEIL DE SANTÉ DE NISGA'A VALLEY)**

Depuis le 31 août 1999, le Nisga'a Valley Health Board est responsable de la gestion du régime de soins dentaires pour ses membres. Les demandes de paiement pour services rendus aux membres des communautés des Premières nations de Nisga'a ne sont plus admissibles au règlement par le *Système de traitement des renseignements et des*

*demandes de paiement pour services de santé* (STRDPSS) du programme des SSNA de Santé Canada, administré par First Canadian Health (FCH).

Le Nisga'a Valley Health Board représente les membres des bandes suivantes :

671 - Gingolx (Kincolith)  
677 - Gitlakdamix (New Aiyanish)  
678 - Lakalzap (Greenville)  
679 - Gitwinksihlkw (Canyon City)

Les membres des communautés des Premières nations de Nisga'a ont reçu une carte de soins de santé Nisga'a sur laquelle est indiqué le numéro 51364 du régime d'assurance de la compagnie Great-West Life ainsi qu'un numéro d'identification personnel. Les demandes de paiement pour soins dentaires rendus aux membres des communautés des Premières nations de Nisga'a doivent être soumises à la compagnie Great-West Life Health and Dental Claims, à l'adresse C.P. 6005, succursale principale, Winnipeg (Manitoba) R3C 3B2.

Pour toute question sur l'admissibilité des membres des communautés des Premières nations de Nisga'a ou pour recevoir de l'information sur le régime de soins dentaires du Nisga'a Valley Health Board, veuillez communiquer avec le programme des SSNA du Nisga'a Valley Health Board au **1-888-808-9459**.

---

## 2 DESCRIPTION DES SERVICES ET CONDITIONS

Les Indiens inscrits, les Inuits reconnus et les Innus reconnus peuvent se procurer les soins dentaires décrits ci-dessous, sous réserve de toutes les conditions suivantes :

- l'acte dentaire est prescrit ou fourni par un praticien en soins dentaires qualifié et habilité à pratiquer dans une province ou un territoire du Canada;
- la prédétermination, lorsqu'exigée, a été donnée par la DGSM;
- le traitement n'est pas offert au bénéficiaire du programme des SSNA en vertu d'un autre régime de soins de santé ou de soins dentaires ou par un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.

### 2.1 Soins dentaires

Pour obtenir la liste complète des services admissibles, des services qui ont une limite de fréquence et des services nécessitant une prédétermination, veuillez consulter la *Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA*.

### 2.2 Services équivalents

La DGSM prévoit des services équivalents au titre de Services de santé non assurés (SSNA) dans trois cas, à savoir :

- a) Dans la plupart des nomenclatures provinciales et territoriales des soins dentaires, le coût des restaurations en amalgames ou en composite de quatre et cinq surfaces ou dents colorées et des dents primitives dépasse celui des couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate. Comme le programme des SSNA limite le paiement pour la restauration des dents primitives au tarif des couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate, les restaurations de quatre ou cinq surfaces des dents primitives sont des services admissibles. Les demandes de paiement sont réglées selon les taux équivalant aux couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate, comme service équivalent.
- b) Les prothèses fixes ne sont pas des services en vertu du programme des SSNA. Cependant, le bénéficiaire a droit à une prothèse amovible par arcade par période de quatre-vingt-seize (96) mois. Si pour une arcade **tous** les besoins de prothèses sont satisfaits, la DGSM remboursera le coût équivalent d'une prothèse amovible, y compris les frais prévus de laboratoire, en utilisant les codes pour les prothèses fixes figurant dans la *Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA*. Le montant maximal est déterminé selon les taux régionaux. Dans tous les cas, une prédétermination est requise avant le début du traitement.

- c) L'amalgame collé ne fait pas partie des services couverts par le programme des SSNA. Cependant, lorsque des codes d'amalgame collé sont soumis pour l'obtention d'une prédétermination, le montant maximal est déterminé en utilisant les prix associés à l'amalgame non collé comme service équivalent.

### **2.3 Limite et seuil limite pour les obturations**

Dans les cas de restauration de dents postérieures, où lors d'une même séance et qu'afin de conserver la structure dentaire, des restaurations par amalgame séparé ou dent colorée sont effectuées sur la même dent. Les frais doivent être établis en comptant le nombre de surfaces restaurées. Le maximum permis pour les restaurations d'amalgame ou de dent colorée est de cinq surfaces par dent.

Le remplacement de restaurations à l'intérieur d'une période de cinq ans est sujet à une vérification et à une révision par le dentiste ou le consultant dentaire régional et il devra être accompagné d'une justification de la part du fournisseur.

### **2.4 Soumission et seuil limite des frais de laboratoire**

La plupart des soins dentaires exigeant du travail en laboratoire doivent être prédéterminés (veuillez vous référer à la *section 3*). Pour être admissible à un règlement, les frais de laboratoire doivent être soumis en même temps que la demande de paiement originale pour le service et, de plus, la facture du laboratoire (original ou photocopie) doit être jointe à la demande de paiement.

Les demandes de paiement pour soins dentaires ne contenant que la soumission des frais de laboratoire seront rejetées, à moins qu'une exception n'ait été émise par un agent autorisé de la DGSM au cours du processus de prédétermination.

### **2.5 Prescription de médicaments pour les bénéficiaires du programme des SSNA (succédané le moins coûteux)**

Le programme de médicaments du programme des SSNA couvre les médicaments requis prescrits par un dentiste. Le programme des SSNA couvre le coût du « succédané le moins coûteux » – c'est-à-dire, le médicament le moins cher disponible qui contient exactement les mêmes ingrédients actifs que le médicament prescrit initialement.

Les pharmaciens connaissent le procédé d'exception s'il s'avère qu'un certain médicament est requis et qu'il n'est pas offert par le programme des SSNA.

### 3 VÉRIFICATION PRÉALABLE ET PRÉDÉTERMINATION

#### 3.1 Vérification préalable de la limite de fréquence

Un service de vérification préalable a été mis en place pour empêcher le rejet des demandes de paiement à cause du non-respect de la limite de fréquence. Le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de First Canadian Health peut faire la vérification préalable d'un article qui n'exige pas une prédétermination de la DGSM, mais dont la fréquence est limitée en vertu de la *Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA*.

Nous vous recommandons vivement de communiquer avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de First Canadian Health pour obtenir un numéro de vérification préalable avant de commencer les soins ou d'exécuter un acte dentaire ou un service ayant une limite de fréquence.

Pour émettre un numéro de vérification préalable, le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de First Canadian Health a besoin des renseignements suivants :

- 1) nom du fournisseur et numéro d'identification unique;
- 2) numéro d'identification du bénéficiaire (pour de plus amples détails, veuillez consulter la *sous-section 1.1*);
- 3) nom de famille, prénoms et date de naissance du bénéficiaire;
- 4) code de l'acte dentaire (et, s'il y a lieu, code de la dent, code de la dent et de la surface, code du quadrant, code du sextant ou code de l'arcade dentaire).

Si le fournisseur, le bénéficiaire et l'acte dentaire répondent aux critères d'admissibilité du programme des SSNA et que l'acte dentaire proposé ne dépasse pas la limite de fréquence ni le seuil limite de 600 \$ par bénéficiaire, un numéro de vérification préalable, commençant par le préfixe « V », sera attribué.

Le numéro de vérification préalable reste valable pendant les six mois qui suivent la date d'émission. Si un numéro de vérification préalable a été attribué et que le bénéficiaire est couvert par un autre régime, un formulaire d'explication des services (EDS) **doit** accompagner la demande de paiement.

#### 3.2 Seuil limite

Le seuil limite est de 600 \$ par bénéficiaire et par période de douze (12) mois concernant les actes dentaires pour lesquels une prédétermination n'est pas requise. Lorsque cette limite est atteinte, une prédétermination est requise.

### 3.3 Prédétermination

Certains actes dentaires exigent une prédétermination de DGSM. Les actes dentaires qui exigent une prédétermination figurent dans la *Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA*. En plus, tout soin dentaire qui dépasse le seuil de 600 \$ par bénéficiaire au cours de toute période de douze (12) mois (excluant les codes d'acte dentaire qui ne nécessitent pas une prédétermination), doit être prédéterminé. Le montant cumulatif est basé sur une année consécutive.

Pour que la DGSM puisse assumer une obligation financière, il faut obtenir la prédétermination pour les services suivants avant le début du traitement :

- 1) traitements d'orthodontie;
- 2) prothèses fixes et amovibles;
- 3) protecteurs buccaux;
- 4) soins dépassant 600 \$ par bénéficiaire au cours de toute période consécutive de douze (12) mois (excluant les codes d'acte dentaire qui ne nécessitent pas une prédétermination);
- 5) tous les actes dentaires indépendamment considérés (codes IC);
- 6) soins d'endodontie (traitement radiculaire, périapical);
- 7) anesthésie générale et frais d'installation; et
- 8) tout autre article identifié par un « P » dans la *Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA*.

Lorsqu'un Indien inscrit, un Inuit reconnu ou un Innu reconnu demande un service pour lequel il faut une prédétermination, vous **devez** remplir les parties 1, 2 et 3 du formulaire DENT-29 du programme des SSNA. Sinon, ce formulaire vous sera retourné.

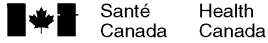
La question A de la partie 3 du formulaire DENT-29 du programme des SSNA indique « Est-ce que des prestations ou des services de soins dentaires sont fournis par une autre assurance collective, un régime dentaire, la CSST, un régime gouvernemental, ou, dans le cas d'un accident, par une assurance automobile ou une assurance accidents? Si la réponse est OUI et que le service est couvert par un autre régime, une explication des services (EDS) doit accompagner le formulaire DENT-29 du programme des SSNA.

S'il s'agit d'un cas d'autorisation après les faits et que le service a été rendu, l'explication des services (EDS) doit accompagner le formulaire DENT-29 du programme des SSNA pour permettre la coordination des services

Si la réponse à la question B, « Est-ce qu'il manque des dents ? » de la partie 3 du formulaire DENT-29 du programme des SSNA est OUI, **il faut** que le numéro correspondant à chaque dent manquante soit encerclé sur le diagramme des dents. Le formulaire DENT-29 du programme des SSNA dûment rempli **doit** être soumis à la

## ÉCHANTILLON DES FORMULAIRES

### 9.1 Échantillon du formulaire de prédétermination et de demande de paiement (DENT-29 du programme des SSNA)

		<b>PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI</b> <input type="checkbox"/> POUR PRÉDÉTERMINATION <input type="checkbox"/> POUR DEMANDE DE PAIEMENT	
<b>1<sup>re</sup> PARTIE - FOURNISSEUR (À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR)</b>		<b>N° DU FOURNISSEUR</b>	
C L I E N T	NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____ ADRESSE _____ APP. _____ VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____	F O U R N I S S E U R	LE PAIEMENT SERA FAIT AU FOURNISSEUR À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE CI-DESSOUS. PAYER LE CLIENT/TUTEUR <input type="checkbox"/> VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET L'ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE SI DIFFÉRENTS DE CEUX DU CLIENT. LE BÉNÉFICIAIRE DOIT AVOIR 16 ANS. NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____ ADRESSE _____ APP. _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____ VÉRIFICATION/SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____
RÉSERVÉE AU FOURNISSEUR - POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES		J'AUTORISE LA DIVULGATION DE TOUT DOSSIER RELATIF AU TRAITEMENT ET AU RÈGLEMENT DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT, QUE DÉTIENT LE FOURNISSEUR DE SERVICES, À SANTÉ CANADA, À SES AGENTS OU ENTREPRENEURS OU À TOUT ORGANISME COMPÉTENT CHARGÉ DE L'AUTORISATION D'EXERCER OU CHARGÉ DE LA RÉGLEMENTATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, À DES FINS DE VÉRIFICATION ADMINISTRATIVE.	
SIGNATURE DU CLIENT/TUTEUR _____			
DATE DU TRAITEMENT 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		CODE DE L'ACTE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
CODE INT. DES DENTS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		SURFACES DES DENTS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
HONORAIRES PROFESSIONNELS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		FRAIS DE LABORATOIRE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
TOTAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		N° DE PRÉDÉTERMINATION/ N° DE VÉRIFICATION PRÉALABLE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
APPROBATION PAR LA DGSM OUI NON S.O. CT 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS		TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS \$ _____ LES SERVICES SERONT REMBOURSÉS SELON LES MODALITÉS APPLICABLES DE LA DGSM.	
<b>2<sup>e</sup> PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR)</b>			
N° D'IDENTIFICATION DU CLIENT _____		OU	
DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____ JOUR MOIS ANNÉE		N° DE BANDE _____ ET N° DE FAMILLE _____	
<b>3<sup>e</sup> PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR)</b>			
A. EST-CE QUE DES PRESTATIONS OU DES SERVICES DE SOINS DENTAIRES SONT FOURNIS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE, UN RÉGIME DENTAIRE, LA CSST, UN RÉGIME GOUVERNEMENTAL, OU, DANS LE CAS D'UN ACCIDENT, PAR UNE ASSURANCE AUTOMOBILE OU UNE ASSURANCE ACCIDENTS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ INDICHER 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? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	
<b>4<sup>e</sup> PARTIE - AUTORISATION PRÉALABLE (À ÊTRE REMPLIE PAR LA DGSM)</b>			
LE PLAN DE TRAITEMENT CI-DESSUS EST : <input type="checkbox"/> APPROUVÉ <input type="checkbox"/> N'EST PAS APPROUVÉ		AGENT D'AUTORISATION DE LA DGSM <input type="checkbox"/> RC NUMÉRO _____ DATE _____ / _____ / _____ JOUR MOIS ANNÉE SIGNATURE _____	
RÉSERVÉ À L'ORTHODONTIE : PLAN DE PAIEMENT CODE _____ DÉBUT : _____ FIN : _____ _____ \$ PAR PÉRIODE DE _____ MOIS _____ \$ PAR PÉRIODE DE _____ MOIS		NO. <b>A</b> VEUILLEZ MENTIONNER CE NUMÉRO SUR VOTRE RÉCLAMATION SI LA VÉRIFICATION PRÉALABLE/PRÉDÉTERMINATION DE LA DGSM A ÉTÉ DONNÉE.	
VOIR AU VERSO POUR INSTRUCTIONS D'ENVOI		THIS FORM IS ALSO AVAILABLE IN ENGLISH	

## 9.2 Échantillon du formulaire de *Modification des renseignements sur le praticien en soins dentaires*

Aviser rapidement First Canadian Health de tous les changements de banque, de succursale ou de numéro de compte. Retourner ce formulaire à FIRST CANADIAN HEALTH, Relations avec les fournisseurs de dentaires, 3080 rue Yonge, Bureau 3002, Toronto (ON) M4N 3N1 (ou par fax: 1-888-276-9848).

<b>SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS ANTÉRIEURS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES</b>			
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse		<input type="checkbox"/> Changement de propriétaire	
<input type="checkbox"/> Fermeture		<input type="checkbox"/> Autre	
Numéro unique et complet à 9 chiffres du fournisseur 		Prénom et nom du fournisseur	
Numéro et nom de la rue		Date d'entrée en vigueur (ccaa / mm / jj) 	
Ville	Province	Code postal 	Langue Préférée/Language Preferred <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Ind. rég. Téléphone 	Ind. rég. Télécopieur 	Nom de la personne-ressource	Titre
<b>SECTION 2 - NOUVEAU RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR</b>			
Numéro unique et complet à 9 chiffres du fournisseur 		Prénom et nom du fournisseur	
Numéro et nom de la rue		Date d'entrée en vigueur (ccaa / mm / jj) 	
Ville	Province	Code postal 	Langue Préférée/Language Preferred <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Ind. rég. Téléphone 	Ind. rég. Télécopieur 	Nom de la personne-ressource	Titre
<b>SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT EN MODE TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF)</b>			
Remplir cette section pour identifier le compte dans lequel First Canadian Health versera directement les paiements TEF et joindre un chèque avec mention «ANNULÉ». (Ce formulaire autorise les dépôts dans le compte et n'autorise pas de retraits ni d'autres transactions sur le compte. Tout renseignement sera traité comme privé et confidentiel).			
<input type="checkbox"/> RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEAU COMPTE		<input type="checkbox"/> REMPLACER LES RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE dans le dossier de First Canadian Health avec les renseignements ci-dessous	
Nom de la banque		Nom de la succursale	
Adresse de la succursale		Ville	Province
		Code postal 	
<b>NUMÉRO DU COMPTE</b>	Banque	Succursale	Numéro du compte





**First Canadian Health Management Corporation Inc.**  
**Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA 1-888-471-1111**

Département des demandes de paiement des SSNA, 3080 rue Yonge, Bureau 3002, Toronto (ON) M4N 3N1  
Heures d'ouverture : du lundi au vendredi de 6h 30 à 20h 30 (heure de l'Est)

**Renseignements généraux**

**Admissibilité du bénéficiaire**

**Admissibilité du service**

**Vérification préalable**

**Renseignements sur la prédétermination**

**Renseignements sur la facturation et les paiements**

**\*\* Soyez prêt à donner votre numéro d'identification de fournisseur lors de votre appel \*\***

\*\*\*\*\*

**(Veuillez consulter le verso pour obtenir le répertoire des bureaux régionaux de la DGSM et les services de prédétermination)**

# BUREAUX RÉGIONAUX DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX

## **Atlantique**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
Services de santé aux Indiens et aux Inuits  
Bureau 1816, 18<sup>e</sup> étage  
Centre Maritime  
1505, rue Barrington  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6  
1-800-565-4446  
(à Halifax) 426-2656

## **Québec**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
Complexe Guy-Favreau  
200, boulevard René-Lévesque Ouest  
Bureau 210, Tour Est  
Montréal (Québec) H2Z 1X4  
1-877-483-5501

## **Ontario**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
1547, ch. Merivale, 3<sup>e</sup> étage  
Localisation postale 6103A  
Nepean (Ontario) K1A 0L3  
(613) 952-0091 (pour la prédétermination de soins orthodontiques uniquement)  
(613) 952-0102 (pour toutes autres questions)

## **Manitoba**

Santé Canada  
Centre de prédétermination des SSNA  
Direction générale des services médicaux  
Bureau 1989D, Édifice Jeanne Mance  
Pré Tunney, Localisation postale 1919D  
Ottawa (Ontario) K1A 0L3  
1-888-332-9222  
Télécopieur : 1-800-949-2718

## **Saskatchewan**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
1920 Broad Street, 18<sup>e</sup> étage  
Regina (Saskatchewan) S4P 3V2  
1-800-667-3515  
(Regina) 780-8267, 780-8257,  
780-6254, 780-5438, 780-5441

## **Alberta**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
9700, avenue Jasper  
Bureau 730, Place Canada  
Edmonton (Alberta) T5J 4C3  
1-800-232-7301  
(à Edmonton) 495-2694

## **Colombie-Britannique**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
757, rue Hastings Ouest, Bureau 540  
Vancouver (C.-B.) V6C 3E6  
Ligne du fournisseur : 1-888-321-5003  
Télécopieur : 1-888-299-9222

## **Yukon**

Santé Canada  
Direction générale des services médicaux  
300, rue Main, Bureau 100  
Édifice Elijah Smith  
Whitehorse (Yukon) Y1A 2B5  
(867) 667-3942

## **Territoires du Nord-Ouest/Nunavut**

Santé Canada  
Centre de prédétermination des SSNA  
Direction générale des services médicaux  
Bureau 1989D, Édifice Jeanne Mance  
Pré Tunney, Localisation postale 1919D  
Ottawa (Ontario) K1A 0L3  
1-888-332-9222  
Télécopieur : 1-800-949-2718