

Préparer cette formule au Bureau régional des foyers de soins spéciaux. La formule peut également servir à déterminer le coût estimatif d'un traitement.

Dentiste	Non		Nom de famille du client de l'établissement	Prénom	
	Adresse		Nom de l'établissement		
			Adresse de l'établissement		
	Ville	Province			
	Code postal		Réservé à l'établissement		
	Téléphone ()		N° de permis	N° de régime du client	

Chaque demande soumise doit contenir le code figurant dans le guide des honoraires, les descriptions verbales, les honoraires et la répartition des dents manquantes.

Date du service jj/mm/aaaa	Code dentaire int	Code de procédure	Flanc	Description verbale abrégée	Honoraires exigés \$	Honoraires approuvés \$	Encercler les dents manquantes du patient 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
							Réservé au dentiste
							Renseignements supplémentaires, diagnostic, procédures, complications ou autre traitement proposé

Total des honoraires du dentiste

Total des frais de laboratoire

Ceci est un état exact des services rendus et des honoraires facturés (erreurs et omissions exclues).

Coût total

Signature du dentiste	Date	Signature du dentiste consultant	Date
-----------------------	------	----------------------------------	------

- Politique :**
- Les honoraires facturés seront remboursés en fonction des honoraires suggérés par l'ODA l'année précédente dans le guide intitulé Suggested Fee Guide for General Practitioners and Denturist Association.
 - Chaque client peut obtenir le remboursement d'honoraires maximum de 1 500 \$ par année civile. Les couronnes, les ponts et les traitements de canal seront remboursés au taux de 75 % des honoraires en vigueur l'année précédente.
 - Le coût des dentiers sera remboursé une fois tous les deux (2) ans. Le coût du détartrage sera remboursé pour 4 minutes par dent tous les six mois.

Submit this form to the local HSC office. This form may also be used to submit treatment estimates.

Dentist	Name		HSC client's last name	Given name	
	Address		Name of Home for Special Care (HSC)		
			Address of HSC		
	City	Province			
	Postal Code		For HSC use only		
	Telephone ()		Licence no.	Client Plan no.	

Each submission must contain fee guide code, verbal descriptions, fees, and distribution of missing teeth.

Date of service dd/mm/yyyy	Int tooth code	Procedure code	Tooth surface	Abbreviated verbal description	Fee requested \$	Fee approved \$	Circle patient's missing teeth 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
							For dentist's use Additional information, diagnosis, procedures, complications, or alternate treatment proposal
Total dentist's fee							
Total lab fee							
Total fee							
This is an accurate statement of services performed and fees charged. E & OE							

Dentist signature	Date	Dentist consultant's signature	Date
-------------------	------	--------------------------------	------

- Policy:**
- Fees will be approved according to the previous year's ODA Suggested Fee Guide for General Practitioners and Denturist Association's Suggested Fees.
 - A maximum of \$1500.00 per client may be approved each calendar year. Crowns, bridges, and root canal treatment will be paid at 75% of the previous years fees.
 - Dentures will be approved no more than once every two(2) years. Scaling will be approved to a maximum of 4 minutes per tooth, every 6 months.