



Instructions : Déclaration d'une maladie ou d'une blessure dentaire liée au travail

Sous-direction de la santé et de la sécurité au travail

Renseignements importants

1. Le Programme des prestations de santé (PPS) de la GRC définit les autorisations requises pour l'obtention de prestations de soins dentaires à la suite d'un accident ou d'un incident survenu au travail, conformément à la politique de la GRC sur les soins de santé au travail.
2. Croix bleue Medavie (CBM) est le tiers retenu par la GRC pour administrer les demandes de remboursement de soins de santé; elle est chargée d'enregistrer les nouveaux fournisseurs de service et de traiter les demandes de paiement admissibles. Son Centre d'autorisation médicale – Soins dentaires examine les demandes de renseignements concernant l'approbation préalable de prestations de soins dentaires (Soins de santé au travail).
3. La carte d'identité de CBM doit être utilisée pour la protection complémentaire et les soins de santé au travail. Le dentiste ou le chirurgien-dentiste doit être informé du fait que les soins sont demandés relativement à une blessure ou à une maladie liée au travail.

Directives à l'intention des membres de la GRC

1. Veuillez demander au dentiste traitant ou au chirurgien-dentiste de remplir le présent formulaire au moment de recevoir des soins dentaires à la suite d'un accident ou d'un incident survenu au travail.
2. Suivez les instructions figurant dans la trousse de demande de prestations pour maladie ou blessure liée au travail de la GRC pour l'envoi du présent formulaire, d'un plan de traitement ainsi que des radiographies et des photos prises par le dentiste.
3. Vous devez obtenir auprès du Programme des prestations de santé (PPS) de la GRC l'autorisation de recevoir les soins dentaires, à l'exception des radiographies et des traitements d'urgence, avant que le traitement ne soit entrepris.

Directives à l'intention du dentiste traitant

1. Veuillez remplir les sections pertinentes du formulaire.
2. Veuillez décrire le plan de traitement sur un formulaire de demande de remboursement des frais dentaires normalisé par l'Association dentaire canadienne (ADC).
3. Remettez au membre le présent formulaire rempli, le formulaire normalisé de demande de remboursement des frais dentaires rempli et les images haute résolution des radiographies et des photos, accompagnées de vos commentaires. Ces documents sont requis pour toutes les demandes de remboursement des soins de santé.
4. Vous devez obtenir auprès du Programme des prestations de santé de la GRC l'autorisation de recevoir les soins dentaires, à l'exception des radiographies et des traitements d'urgence, avant que le traitement ne soit entrepris. Les frais ne peuvent pas être facturés directement aux membres de la GRC.
5. Rendez-vous sur le portail des fournisseurs de CBM pour consulter les PPS de la GRC guides des honoraires des soins dentaires ou les frais particuliers.



Déclaration d'une maladie ou d'une blessure dentaire liée au travail

Sous-direction de la santé et de la sécurité au travail

Renseignements sur le membre

Cette section doit être remplie par le membre.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro de carte CBM
Adresse au travail		Province ou Territoire	Code postal (A9A 9A9)
Numéro de téléphone au travail (avec l'indicatif régional)		Date de l'incident survenu au travail (aaaa-mm-jj)	

Je consens par la présente à autoriser mon fournisseur de soins dentaires à communiquer toute information concernant ma santé dentaire aux Services de santé au travail de la Gendarmerie royale du Canada (Sous direction de la santé et de la sécurité au travail), à CBM et aux services administratifs de CBM aux fins de prise de décision sur l'admissibilité aux prestations de soins de santé liés au travail de la GRC en raison d'un accident ou d'un incident lié au travail. Les renseignements peuvent être examinés par l'une ou l'autre des parties ayant une responsabilité directe relativement à une demande de remboursement en cours d'examen. Les renseignements sont recueillis et conservés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Signature du membre	Date (aaaa-mm-jj)
---------------------	-------------------

Historique précédant l'incident

Cette section doit être remplie par le dentiste. Veuillez écrire lisiblement à l'encre bleue ou dactylographier vos commentaires et recommandations.

Le patient avait-il des dents manquantes avant l'accident ou l'incident lié au travail?

Préciser toute restauration dentaire importante effectuée avant l'accident ou l'incident lié au travail. (couronnes, prothèses partielles fixes, soins dentaires en vue d'un implant, etc.)

Préciser et décrire tout dispositif dentaire amovible porté au moment de l'accident ou de l'incident lié au travail.

Décrire les signes de maladies parodontales, s'il y a lieu, en précisant la région touchée et la gravité.

La ou les dents touchées étaient-elles saines et entières? Oui Non

Une dent naturelle saine est une dent entière, sans carie ni maladie parodontale ou autres affections, et ne nécessite pas de traitement pour des raisons autres que l'accident ou l'incident lié au travail. Dans l'affirmative, veuillez préciser la région touchée, la gravité, etc.

Autres commentaires sur l'historique précédant l'incident.

Déclaration d'une maladie ou d'une blessure dentaire liée au travail

Sous-direction de la santé et de la sécurité au travail

Protégé B
une fois rempli

Nom de famille du membre	Prénom du membre	Numéro de carte CBM
--------------------------	------------------	---------------------

Historique de l'incident

Cette section doit être remplie par le dentiste. Veuillez écrire lisiblement à l'encre bleue ou dactylographier vos commentaires et recommandations.

Quelle est la nature de la maladie ou de la blessure dentaire?

Préciser quelles dents sont endommagées ou manquantes, s'il y a lieu, à la suite de l'accident ou de l'incident lié au travail.

Décrire les dommages et leur étendue à la suite de l'accident ou de l'incident lié au travail.

Décrire en détail toute autre blessure subie en raison de l'accident ou de l'incident lié au travail (y compris une dysfonction des articulations temporomandibulaires, ou des blessures ou des maladies causées par un traumatisme facial).

Autres commentaires sur l'historique de l'incident.

Joindre au présent formulaire des images haute résolution de radiographies, de photos et de radiographies panoramiques, accompagnées de vos commentaires. (requis pour toutes les demandes)

Le patient a-t-il été aiguillé vers un spécialiste? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom du dentiste, son numéro de téléphone, son adresse et sa spécialité.

Signature du dentiste

Cette section doit être remplie par le dentiste.

Nom et adresse/estampille du dentiste	Signature du fournisseur de soins dentaires	
---------------------------------------	---	--

Numéro de fournisseur inscrit au portail de CBM	Numéro de téléphone (avec l'indicatif régional)	Date (aaaa-mm-jj)
---	---	-------------------