



Services de santé non assurés (SSNA) Nunavik

INFORMATION CONCERNANT LE CHANGEMENT DE CLINIQUE DENTAIRE SPÉCIALISÉE

Votre référence vers un spécialiste en soins dentaires a été dirigée vers une clinique désignée conformément aux procédures établies par le Centre de santé et le Programme des services de santé non assurés (SSNA) du Nunavik. Si vous choisissez volontairement de recevoir vos traitements dans une clinique dentaire spécialisée autre que celle recommandée, cette décision est considérée comme un **choix personnel**.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SI VOUS CHOISISSEZ UNE AUTRE CLINIQUE DENTAIRE

LES SSNA COUVRENT:

Les frais de traitements dentaires admissibles, conformément aux politiques et critères d'admissibilité du Programme des SSNA.

Vous êtes responsable de:

- Prendre vos rendez-vous auprès de la clinique de votre choix;
- Organiser votre transport;
- Organiser votre hébergement, au besoin;
- Assumer ces dépenses au moment où elles sont engagées;
- Vous assurer que les rapports dentaires et radiographies sont transmis au Centre de santé pour le suivi clinique;
- Conserver tous les reçus originaux et documents justificatifs.

LES SSNA NE COUVRENT PAS :

- La prise de rendez-vous;
- L'organisation du transport;
- L'organisation de l'hébergement;
- Les réservations de voyage.

REMBOURSEMENT DES TRAITEMENTS DENTAIRES

Après avoir reçu vos traitements dentaires, vous pouvez soumettre une demande de remboursement au Programme des services de santé non assurés (SSNA).

Veuillez noter :

- Le remboursement n'est pas automatique;
- Seuls les frais de traitements dentaires admissibles peuvent être remboursés;
- Chaque demande est évaluée conformément aux politiques et critères d'admissibilité du Programme des SSNA;

- Une facture dentaire détaillée (incluant les codes de procédure) ainsi que tous les documents justificatifs requis doivent être fournis.

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE

Je confirme avoir été informé(e) que :

- Le changement de clinique est une décision volontaire;
- Je suis responsable de prendre mes rendez-vous et d'organiser mon transport ainsi que mon hébergement, au besoin;
- Je suis responsable d'assumer ces dépenses au moment où elles sont engagées;
- Je suis responsable de m'assurer que toute la documentation dentaire, incluant les rapports et radiographies, est transmise au Centre de santé si je souhaite bénéficier d'un suivi clinique;
- Je peux soumettre une demande de remboursement uniquement pour les frais de traitements dentaires admissibles, conformément aux politiques et critères d'admissibilité du Programme des SSNA;
- Le remboursement n'est pas automatique.

☐ J'ai lu, compris et j'accepte les responsabilités décrites ci-dessus.

INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom : _____

Numéro de bénéficiaire : _____

Téléphone : _____

CONFIRMATION

Signature du bénéficiaire : _____

Date : ____ / ____ / ____

Pour plus d'information sur l'accès à ces services, veuillez communiquer avec votre centre de santé local ou l'équipe du Programme des SSNA.

Courriel : ssna.rrssn@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1-844-442-6442 (SSNA)

Site Web : <https://nrbhss.ca/fr/>