Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Homes for Special Care

Dental Claim

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 $
				Total dentist's fee		
				Total lab fee		
				Total fee		

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

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 calender 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 amaximum of 4 minutes per tooth, every 6 months.

3653–41 (2001/07) ©Queen's Printer for Ontario, 2001 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2001

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Foyers de soins spéciaux

Demande de remboursement de frais dentaires

Présenter 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 ( )		Nº de permis	Nº 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			
				Coût total			

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

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.

3653–41 (2001/07)
©Queen's Printer for Ontario, 2001 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2001