

SERVICES DENTAIRES

Références : A. ORFC art 35.04
 B. OR (Cadet) art 6.21
 C. OAFIC 35-3 & 35-4

OBJET

1. La présente ordonnance complète et précise les ordonnances en références.

DROIT AUX SOINS DENTAIRES

2. Les officiers qui font partie du Cadre des instructeurs de cadets, les instructeurs civils des cadets et les cadets de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation ont droit aux soins dentaires restreints :

- a. lorsqu'en service ou en instruction ailleurs que dans un Quartier général local, un défilé, une démonstration ou un exercice sur place (ex : CIEC); ou
- b. lorsqu'ils subissent une blessure aux dents attribuable à l'exercice de leurs fonctions, ont droit à des soins dentaires suffisants pour remettre les dents dans un état comparable à celui qui existait avant qu'ils subissent cette blessure, pourvu que ladite blessure ne résulte de leur inconduite ou de leur imprudence.

SOINS DENTAIRES RESTREINTS

3. Le terme "soins dentaires restreints" signifie les soins d'urgence requis :

- a. pour le soulagement de la douleur et d'une infection aiguë; ou
- b. la réparation d'une prothèse brisée, à l'exclusion toutefois du remplacement ou de l'addition d'une partie intégrante.

DENTAL SERVICES

References: A. QR&O Art 35.04
 B. QR (Cadet) art 6.21
 C. CFAO 35-3 & 35-4

PURPOSE

1. The aim of this order is to complement and clarify the orders at references.

ENTITLEMENT TO DENTAL TREATMENT

2. Officers of the Cadet Instructors list, Civilian Cadet Instructors, and Sea, Army and Air cadets are entitled to restricted dental treatment:

- a. when performing duty or training other than at a local Headquarters, parade, demonstration or local exercise (ex: CSTC); or
- b. suffer any injury to the teeth attributable to the performance of duty are entitled to such treatment as may be necessary to restore a state of dental fitness comparable to that which existed prior to the injury, if such injury is not attributable to their own misconduct or imprudence.

RESTRICTED DENTAL TREATMENT

3. "Restricted dental treatment" means that service required in an emergency for:

- a. the relief of pain or acute infection; and
- b. simple repair of broken dentures, but not including replacement or addition of component parts.

SOINS DENTAIRES ADMINISTRÉS PAR DES DENTISTES CIVILS

4. Un dentiste civil peut administrer des soins dentaires d'urgence sans autorisation préalable, mais seulement lorsqu'il n'y a pas de clinique du Service dentaire des Forces canadiennes dans les environs. Toutefois ces soins sont restreints aux cas suivants :

- a. lorsqu'il s'agit de soulager la douleur ou soigner une infection aiguë; et
- b. pour réparer une prothèse dentaire.

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE D'URGENCE

5. Les numéros de téléphones des cliniques dentaires militaires après les heures ouvrables seront publiées périodiquement dans les ordres de service courant.

SOINS DENTAIRES À LONG TERME

6. Lorsqu'un membre a reçu des soins dentaires d'urgence (soit d'une clinique de SDFC ou d'un dentiste civil), et qu'il requiert des soins dentaires à long terme, le membre doit être avisé que ces soins ne peuvent débuter avant d'en avoir reçu l'approbation du Commandant de l'unité dentaire de l'unité de soutien de secteur, soumettant une demande au détachement qui le fera parvenir au QG de la région.

MODE D'ACQUITTEMENT DES HONORAIRES

7. Facturation directe par le dentiste. Un dentiste civil qui administre des soins dentaires conformément à la présente ordonnance peut se faire payer ses honoraires en présentant un compte détaillé au détachement concerné qui acheminera le dossier complet au QG de la Région.

DENTAL TREATMENT BY CIVILIAN DENTISTS

4. Emergency dental treatment may be provided by a civilian dentist without prior authority, but only when Canadian Forces Dental Services facilities are not available. However, such treatment is restricted to:

- a. the relief of pain or acute infection; and
- b. the repair of broken dentures.

EMERGENCY TELEPHONE NUMBERS

5. The telephone numbers of military dental clinics open after working hours will be published periodically in Routine Orders.

FOLLOW-UP DENTAL TREATMENTS

6. When a member has received Emergency dental treatment (either at a CFDS clinic or from a civilian dentist), and the member requires follow-up treatment, the member is to be advised that such treatment shall not be commenced without the prior approval of the Command/Region Dental Officer through the detachment for onward transmission to the Regional Headquarters.

PAYMENT PROCEDURE

7. Direct Billing by Dentist. A civilian dentist who provides treatment in accordance with this order may obtain payment by submitting an itemized account to the appropriate Detachment who shall forward the complete record to Region Headquarters.

8. Demande de remboursement personnelle. La personne peut payer le dentiste civil et se faire rembourser au moyen d'une formule générale de demande d'indemnité CF 52 (voir annexe A). La formule à laquelle est jointe un compte détaillé certifiant que les services reçus ont été payés par elle sera, par l'entremise de son commandant, soumise à son C CAD.

9. Afin d'éviter des erreurs, l'exemple de CF 52 illustré à l'annexe A devra être utilisé comme guide.

10. Le remboursement s'effectuera au moyen d'un chèque fait à l'ordre du réclamant.

TRAITEMENT À LA SUITE DE BLESSURES

11. Dans tous les cas de traitements dentaires suite à des blessures, il faut documenter l'accident conformément à l'OCRE 502.

BPR : OEM2 Admin

Publiée le 18 février 1994

Revisée janvier 2004

Annexe

Annexe A Formule générale de demande d'indemnité

8. Claim by member. The member may pay the civilian dentist and obtain reimbursement by submitting to the CDT A through his Commanding Officer one copy of form CF 52, General Allowance Claim (Annex A) supported by an itemized account which indicates that the services received were paid for by the member.

9. Form CF 52 at Annex A is to be used as a guide to alleviate errors when completing this document.

10. This reimbursement will be effected by a cheque to the order of the claimant.

TREATMENT FOLLOWING INJURIES

11. In all cases of dental treatment following injuries, the accident must be documented in accordance with ERCO 502.

OPI: SO2 Admin

Issued 18 February 1994

Reviewed January 2004

Annex

Annex A General allowance claim



GENERAL ALLOWANCE CLAIM FORMULE GÉNÉRALE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ

VOUCHER NO. - BORDEREAU NO

BATCH NO. - LOT NO

NOTE: THE USE OF THIS FORM IS RESTRICTED TO ONE KIND OF ALLOWANCE PER SHEET AND IS NOT TO BE USED FOR ALLOWANCES FOR WHICH FORMS HAVE ALREADY BEEN PROVIDED.
NOTE: LA PRÉSENTE FORMULE NE DOIT ÊTRE UTILISÉE QUE POUR UNE SEULE INDEMNITÉ ET ELLE NE PEUT SERVIR À RÉCLAMER DES INDEMNITÉS POUR LESQUELLES UNE FORMULE SPÉCIALE EXISTE DÉJÀ

1. CIDP/NM	RANK-GRADE	NAME - NOM	adresse du réclamant au complet			
AUTHORITY UNDER WHICH CLAIMED - AUTORISATION EN VERTU DE LAQUELLE L'INDEMNITÉ EST RÉCLAMÉE			UNIT - UNITÉ			
ORFC 34-07, OAFc 34.45 ET ORFC 35-04			NOM ET ADRESSE DU CC/ESC			
2. PARTICULARS DÉTAILS			FOREIGN URRENCY MONNAIE TRANGÈRE		CANADIAN AMOUNT MONNAIE CANADIENNE	
REMBOURSEMENT POUR FRAIS MÉDICAUX/DENTAIREs						
Spécifier : _____						
Je certifie que (BIFFEZ LES MENTIONS INUTILES) :						
a. les services reçus, appuyés du compte détaillé ont été rendus avec satisfaction par le médecin civil concerné, et conformément à l'article 34.07 des ORFC et l'OAFc 34-45;						
b. les services reçus, appuyés du compte détaillé ont été rendus par ce dentiste conformément à l'article 35.04 des ORFC.						
_____			X			
Date	CC/ESC	Signature du commandant				
TOTAL →						
CERTIFIED THAT THE ITEMS CLAIMED HEREIN HAVE NOT BEEN CLAIMED PREVIOUSLY AND THAT THE DETAILS ARE AS STATED. IL EST CERTIFIÉ QUE LES DEMANDES CI-DESSUS N'ONT PAS ÉTÉ FAITES ANTÉRIEUREMENT ET QUE LES DÉTAILS MENTIONNÉS SONT EXACTS.						
RÉCLAMANT _____ Date CLAIMANT SIGNATURE - SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE						
3. ADVANCES ISSUED/RECOVERED - AVANCES VERSÉES/RECOUVRÉES						
DATE	AMOUNT MONTANT	PON BSN	VOUCHER NO BORDEREAU NO	CASHIER CAISSIER	AMOUNT MONTANT	RECOVERED ACQUITTANCE ROLL NO. FEUILLE D'ÉMARGEMENT RECOUVRÉE NO
						ACCOUNTING OFFICER - OFFICIER COMPTABLE
4 CERTIFIED PURSUANT TO SECTION 34 OF THE FINANCIAL ADMINISTRATION ACT. CERTIFIÉ CONFORMÉ À L'ARTICLE 34 DE LA LOI SUR L'ADMINISTRATION FINANCIÈRE.						
DATE	COMMANDING OFFICER - COMMANDANT			UNIT - UNITÉ		
5 APPROVED/RECOMMENDED - APPROUVÉ/RECOMMANDÉ				6 APPROVED - APPROUVÉ		
_____				_____		
APPROVING AUTHORITY - RESPONSABLE DE L'APPROBATION				NDHQ APPROVING AUTHORITY - RESPONSABLE DE L'APPROBATION - QGDN		
7 FINANCIAL CODING BLOCK - BLOC DE CODAGE FINANCIER						8 PAYMENT - PAIEMENT
COMMITMENT ENGAGEMENT	FA CF	ALMT AFFEC	RES RESS	PROJ	AMOUNT MONTANT	RECEIVED THE SUM OF REÇU LA SOMME DE \$ _____
GST - TPS						_____/100.
						CLAIMANT - AUTEUR DE LA DEMANDE
						DATE
						PAID BY DBA CHEQUE NO. - PAYÉ PAR CHÈQUE DU CBM NO
						NO CHEQUE REQUESTED BY DND 6 NUMBER NO DU CHÈQUE DU RG EXIGÉ SELON LE DND 6
TOTAL →						
LESS ADVANCES(SECTION 3) MOINS AVANCES (PARTIE 3)						ACCOUNTING OFFICER - OFFICIER COMPTABLE
AMOUNT DUE CLAIMANT/PUBLIC MONTANT DÙ À L'AUTEUR DE LA DEMANDE/AU PUBLIQUE						DATE



GENERAL ALLOWANCE CLAIM FORMULE GÉNÉRALE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ

VOUCHER NO. - BORDEREAU NO

BATCH NO. - LOT NO

NOTE: THE USE OF THIS FORM IS RESTRICTED TO ONE KIND OF ALLOWANCE PER SHEET AND IS NOT TO BE USED FOR ALLOWANCES FOR WHICH FORMS HAVE ALREADY BEEN PROVIDED.
NOTE: LA PRÉSENTE FORMULE NE DOIT ÊTRE UTILISÉE QUE POUR UNE SEULE INDEMNITÉ ET ELLE NE PEUT SERVIR À RÉCLAMER DES INDEMNITÉS POUR LESQUELLES UNE FORMULE SPÉCIALE EXISTE DÉJÀ

1. CIDP/NM	RANK-GRADE	NAME - NOM	complete address of the claimant				
AUTHORITY UNDER WHICH CLAIMED - AUTORISATION EN VERTU DE LAQUELLE L'INDEMNITÉ EST RÉCLAMÉE			UNIT - UNITÉ				
QR&O34-07, CFAO 34.45 AND QR&O 35-04			NAME AND ADDRESS OF CADET CC/ESC				
2. PARTICULARS DÉTAILS			FOREIGN CURRENCY MONNAIE ÉTRANGÈRE	CANADIAN AMOUNT MONNAIE CANADIENNE			
<u>REIMBURSEMENT FOR MEDICAL/DENTAL EXPENSES</u>							
Specify: _____							
I certify that (CROSS-OUT ITEMS NOT APPLICABLE):							
a. services as per the itemized account have been rendered satisfactorily by concerned civilian medical practitioner in QR&O 34.07 and CFAO 34-45;							
b. services as per the itemized account have been rendered by a civilian dental practitioner in accordance with QR&O 35.04.							
_____ Date	_____ CC/SQN	X _____ CO's Signature					
TOTAL →							
CERTIFIED THAT THE ITEMS CLAIMED HEREIN HAVE NOT BEEN CLAIMED PREVIOUSLY AND THAT THE DETAILS ARE AS STATED. IL EST CERTIFIÉ QUE LES DEMANDES CI-DESSUS N'ONT PAS ÉTÉ FAITES ANTÉRIEUREMENT ET QUE LES DÉTAILS MENTIONNÉS SONT EXACTS.							
_____ Date			_____ CLAIMANT				
Date			CLAIMANT SIGNATURE - SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE				
3. ADVANCES ISSUED/RECOVERED - AVANCES VERSÉES/RECOURVÉES							
DATE	AMOUNT MONTANT	PON BSN	VOUCHER NO BORDEREAU NO	CASHIER CAISSIER	AMOUNT MONTANT	RECOVERED ACQUITTANCE ROLL NO. FEUILLE D'ÉMARGEMENT RECOUVRÉE NO	RECEIPT NO. REÇU NO
ACCOUNTING OFFICER - OFFICIER COMPTABLE							
4 CERTIFIED PURSUANT TO SECTION 34 OF THE FINANCIAL ADMINISTRATION ACT. CERTIFIÉ CONFORMÉ À L'ARTICLE 34 DE LA LOI SUR L'ADMINISTRATION FINANCIÈRE.							
DATE	COMMANDING OFFICER - COMMANDANT			UNIT - UNITÉ			
5 APPROVED/RECOMMENDED - APPROUVÉ/RECOMMANDÉ			6 APPROVED - APPROUVÉ				
_____ APPROVING AUTHORITY - RESPONSABLE DE L'APPROBATION			_____ NDHQ APPROVING AUTHORITY - RESPONSABLE DE L'APPROBATION - QGDN				
7 FINANCIAL CODING BLOCK - BLOC DE CODAGE FINANCIER					8 PAYMENT - PAIEMENT		
COMMITMENT ENGAGEMENT	FA CF	ALMT AFFEC	RES RESS	PROJ	AMOUNT MONTANT	RECEIVED THE SUM OF REÇU LA SOMME DE \$ _____	
GST - TPS						_____/100.	
						CLAIMANT - AUTEUR DE LA DEMANDE	
						DATE	
						PAID BY DBA CHEQUE NO. - PAYÉ PAR CHÈQUE DU CBM NO	
						NO CHEQUE REQUESTED BY DND 6 NUMBER NO DU CHÈQUE DU RG EXIGÉ SELON LE DND 6	
TOTAL →							
LESS ADVANCES (SECTION 3) MOINS AVANCES (PARTIE 3)							
AMOUNT DUE CLAIMANT/PUBLIC MONTANT DÙ À L'AUTEUR DE LA DEMANDE/AU PUBLIQUE							
ACCOUNTING OFFICER - OFFICIER COMPTABLE							
DATE							