

Présentation d'une demande au Programme de réhabilitation orale et maxillo-faciale (PROM)

Directives relatives aux demandes

Le Programme de réhabilitation orale et maxillo-faciale (PROM) est financé par le ministère de la Santé dans le but de soutenir les patients qui ont besoin d'implants visant à maintenir en place une prothèse pour rétablir leur fonction buccale lorsqu'il s'agit du seul traitement possible. Une personne est admissible à ce programme lorsque sa prothèse amovible est financée dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF). Ce programme ne finance pas les soins dentaires courants ou les implants dentaires utilisés pour maintenir un appareil fixe ou un dentier.

Conditions d'admissibilité :

Afin d'être admissibles au PROM, les personnes qui présentent une demande doivent posséder un numéro de carte Santé de l'Ontario valide et être âgées d'au moins 18 ans. Les personnes âgées de moins de 18 ans peuvent présenter une demande de financement dans le cadre du Programme de traitement des fissures labiales et palatines et des anomalies craniofaciales et dentaires.

De plus, le patient doit avoir droit à une prothèse maxillo-faciale intrabuccale dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF). De plus, selon l'avis clinique d'un autorisateur du PAAF et d'un chirurgien buccal et maxillo-facial :

- la gravité de l'état du patient est telle que le patient est ou sera incapable de maintenir sa prothèse maxillo-faciale intrabuccale en place,
- le patient est admissible à la chirurgie implantaire,
- il n'existe aucun autre traitement et une prothèse maxillo-faciale intrabuccale sur implant est requise comme substitut pour les tissus partiellement ou totalement absents et pour rétablir la fonction du complexe buccal.

Remarques :

1. Les « prothèses maxillo-faciales intrabuccales » comprennent seulement les prothèses actuellement énumérées dans le manuel de produits portant sur les prothèses maxillo-faciales intrabuccales (en anglais seulement) du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF).
http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/adp/product_manuals/product_manuals.aspx
2. Par souci de clarté, on entend par « tissus », les tissus durs et les tissus mous, notamment les os, les gencives et les dents.
3. La notion de « rétablir la fonction du complexe buccal » comprend la capacité de mastiquer, d'avaler et de parler.
4. Le financement de toutes les prothèses dans le cadre du PAAF sera conforme aux politiques et aux processus énoncés dans le manuel des politiques et de l'administration sur les prothèses maxillo-faciales intrabuccales. Cette démarche exige de faire appel uniquement aux autorisateurs et aux vendeurs autorisés du PAAF et de se conformer aux politiques de financement du PAAF. Les patients qui ne répondent pas aux exigences d'admissibilité au PAAF, qui ont besoin d'un appareil qui n'est pas énuméré dans le manuel des produits du PAAF (p. ex., des appareils fixes comme des couronnes ou des ponts fixes) ou ceux dont la prothèse maxillo-faciale intrabuccale est fabriquée par un fournisseur qui n'est pas autorisé par le PAAF ne seront pas admissibles au financement dans le cadre du PROM.

Directives à l'intention du fournisseur aiguillant le patient :

1. Remplir seulement les sections 1 à 3 et envoyer la demande à l'un des établissements indiqués ci-dessous. Le reste du formulaire sera rempli par les cliniciens participant au programme.
2. Écrire lisiblement en lettres moulées. Les formulaires incomplets ou illisibles seront retournés.
3. Habituellement, les patients admissibles à ce programme auront subi une importante reconstruction de la mâchoire à la suite d'une affection touchant le complexe buccal (comme une importante blessure traumatique par avulsion ou l'ablation d'une tumeur nécessitant une reconstruction) et auront besoin d'implants par la suite pour maintenir en place une prothèse amovible afin de remplacer les tissus, la ou les dents ou l'os manquant. Si vous croyez qu'un patient ne remplira pas les critères d'admissibilité, ne pas procéder à l'aiguillage.
4. En règle générale, les patients ne doivent pas souffrir d'un cancer pendant une période de un an avant d'être aiguillés vers ce programme.
5. Fournir le plus de renseignements détaillés possible, y compris des photographies pertinentes et des images diagnostiques.

Établissements de prestation de services du PROM :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre Sunnybrook des sciences de la santé
Département de la dentisterie
2075, avenue Bayview
bureau H126
Toronto ON M4N 3M5
Tél : 416 480-4436
Télé : 416 480-5757 | <input type="checkbox"/> London Health Science Centre
Chirurgie buccale et maxillo-faciale
339, rue Windermere
Centre hospitalier universitaire
salle B3-300
London ON N6A 5A5
Tél : 519 663-3451
Télé : 519 663-3004 | <input type="checkbox"/> L'Hôpital d'Ottawa Civic
Clinique dentaire
1053, avenue Carling
Ottawa ON K1Y 4E9
Tél : 613 798- 5555 poste 14084
Télé : 613 761-5134 | <input type="checkbox"/> Réseau universitaire de santé /
Hôpital Mount Sinai
a/s du Réseau universitaire de santé
Département de la dentisterie
et des prothèses maxillo-faciales et oculaires
610, avenue University salle 2-933
Toronto ON M5G 2M9
Tél : 416 946-2198
Télé : 416 946-6576 |
|--|--|---|---|

Demande d'inscription au Programme de réhabilitation orale et maxillo-faciale (PROM)

Section 1 - Renseignements sur le patient (à remplir par le fournisseur aiguillant le patient)

Nom de famille		Prénom		Initiale	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Numéro de carte Santé		Code de version	
Adresse postale					
N°. d'appartement	Numéro de la rue	Nom de la rue			
Ville/village		Province	Code postal	Numéro de téléphone	

Section 2 - Renseignements sur le fournisseur aiguillant le patient

Nom de famille		Prénom		Initiale	
Adresse postale					
N°. d'appartement	Numéro de la rue	Nom de la rue			CP
Ville/village			Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Courriel			

Section 3 - Information médicale (à remplir par le fournisseur aiguillant le patient)

Diagnostic

Tumeur
 Traumatisme
 Difformité acquise
 Anomalie congénitale

Diagnostic précis

Le patient a-t-il subi une importante reconstruction de la mâchoire? Non Oui (veuillez préciser ▼)

Préciser la date, l'endroit et la description de la chirurgie reconstructive antérieure

Prothèse maxillo-faciale intrabuccale actuelle, le cas échéant

Mandibule (préciser le type de prothèse) _____

Maxillaire (préciser le type de prothèse) _____

	Documents		Documents joints	
	Oui	Non	Oui	Non
Rapports et images diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapports opératoires antérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigations et (ou) résultats de laboratoire pertinents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 4 - Admissibilité (à remplir par l'autorisateur du PAAF)

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Initiale du patient
Le patient est-il âgé de 18 ans ou plus? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Le patient possède-t-il un numéro de carte Santé valide? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Le patient est-il admissible à une prothèse maxillo-faciale intrabuccale dans le cadre du PAAF? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Le patient peut-il maintenir sa prothèse en place sans implants? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Le patient est-il admissible à des implants dentaires? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Type de prothèse requise

Mandibule (préciser le type de prothèse) _____

Maxillaire (préciser le type de prothèse) _____

Numéro de dossier du patient (attribuer aux patients admissibles seulement et inscrire le numéro sur la demande de financement du PAAF)

Initiales de l'établissement Exercice financier Numéro du patient

Le vendeur du PAAF a-t-il reçu l'approbation de financement du PAAF?

Oui Non

Nom de l'autorisateur du PAAF

Nom du chirurgien buccal et maxillo-facial

Section 5 - Confirmation de l'admissibilité (à remplir par le chargé de programme)

Directives : Le chargé de programme doit signer seulement lorsque l'approbation du PAAF a été donnée au vendeur du PAAF.

Je confirme que le patient a fait l'objet d'une évaluation d'admissibilité par un autorisateur du PAAF et un chirurgien buccal et maxillo-facial et qu'il respecte les exigences d'admissibilités du Programme de réhabilitation orale et maxillo-faciale.
 Oui Non (veuillez préciser ▼)

Pour les patients qui choisissent de NE PAS participer au programme, je confirme que bien que le patient soit admissible au programme et bien informé du financement offert pour répondre à ses besoins en matière de réhabilitation dentaire, il choisit de ne pas participer au PROM. Le patient a été informé que s'il paie pour ces services, il ne sera pas remboursé plus tard par l'hôpital ou la province.

Nom du chargé de programme

Signature du chargé de programme

Section 6 - Demande de révision (à remplir par le chargé de programme seulement sur demande d'une révision de l'admissibilité)

Nom de l'autorisateur du PAAF effectuant le deuxième examen d'admissibilité

Nom de famille

Prénom

Résultat de la révision : Non admissible

Remplit les critères d'admissibilité (passer à la section 7)

Si on a déterminé que le patient n'était pas admissible au PROM à la suite d'un deuxième examen et qu'il en a demandé un troisième, le résultat du comité d'examen est le suivant :

Le patient demeure inadmissible

Le patient remplit les critères d'admissibilité (passer à la section 7)

Nom du chargé de programme

Signature du chargé de programme

Section 7 - Admissibilité à la suite d'un deuxième ou d'un troisième examen

Nom de famille du patient

Prénom du patient

Initiale du patient

S'il est admissible après un deuxième ou un troisième examen, indiquer le type de prothèse requise :

Mandibule (*préciser le type de prothèse*) _____

Maxillaire (*préciser le type de prothèse*) _____

Numéro de dossier du patient (*attribuer aux patients admissibles seulement et inscrire le numéro sur la demande de financement du PAAF*)

Le vendeur du PAAF a-t-il reçu l'approbation de financement du PAAF?

Initiales de l'établissement

Exercice financier

Numéro du patient

Oui

Non

Nom de l'autorisateur du PAAF

Le chargé de programme doit signer seulement lorsque l'approbation du PAAF a été donnée au vendeur du PAAF.

Je confirme que le patient a fait l'objet d'une évaluation d'admissibilité par un autorisateur du PAAF et un chirurgien buccal et maxillo-facial et qu'il remplit les exigences d'admissibilité au Programme de réhabilitation orale et maxillo-faciale.

Signature du chargé de programme

Date (aaaa/mm/jj)

Section 8 - Congé

Date de fin de participation au PROM

Raison du congé

Le traitement est terminé

Le patient a abandonné le programme (*indiquer la raison ci-dessous ▼*)

Raison de l'abandon