

Fonctionnement détaillé de « Bouche B » à l'attention des techniciens dentaires

Lorsqu'un dentiste participant a besoin de prescrire une prothèse à un patient du projet Bouche B, ce dernier doit, tout d'abord, s'adresser au gestionnaire du projet Bouche B qui lui fera remplir un formulaire de demande de services (prothèses) (ci-joint à titre informatif seulement).

Seul le gestionnaire du projet Bouche B peut vous contacter pour vous proposer de réaliser une prothèse gratuitement ; elle le fera par courriel via l'adresse projetboucheb@fodq.ca.

- Le laboratoire, tout comme le dentiste, est libre d'accepter ou de refuser toute demande provenant de la gestionnaire.
- En aucun moment, vous n'aurez à répondre à des demandes de particuliers ou de dentistes pour des services gratuits dans le cadre du projet Bouche B. Dans une telle éventualité, nous vous prions de bien vouloir refuser telle(s) demande(s) et nous en informer immédiatement.
- Tout patient faisant l'objet de nos demandes aura préalablement signé le *Formulaire d'acceptation et d'engagement* spécifiant que le(s) traitement(s) offert(s) gratuitement dans le cadre du projet Bouche B n'engagent pas le dentiste et/ou le laboratoire à d'autres traitements gratuits dans l'avenir.

Si votre laboratoire accepte notre demande, la gestionnaire informera le dentiste et lui donnera le nom de votre laboratoire auquel il peut alors envoyer les empreintes et la prescription du patient concerné, via le service habituel.

Une fois le travail terminé, nous vous invitons à nous en **informer en nous renvoyant par courriel le formulaire du rapport du technicien dentaire** ci-joint, lequel nous permettra de recenser les services offerts.

À la fin de l'année, vous recevrez un certificat émis par la Fondation, témoignant de votre implication sociale.

Vous pouvez aviser la Fondation de votre retrait au projet Bouche B à tout moment.

Demande de services (prothèses)

Veillez noter que le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

NOM DU PATIENT		DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE DU PATIENT		TÉLÉPHONE COURRIEL	
ORGANISME SOCIAL Nom / Titre Téléphone / Courriel			
DENTISTE TRAITANT Nom / Téléphone CLINIQUE ADRESSE			
DATE DE LA DEMANDE			
SERVICE(S) REQUIS :			
SUIVI(S) :			
SPÉCIALISTE PARTICIPANT *À REMPLIR PAR LA FONDATION DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC			

J'ai joint une copie de l'ordonnance à cette demande.

Les empreintes seront envoyées au laboratoire participant

Signature du dentiste référant

Date

Rapport du technicien dentaire

Veillez noter que le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

NOM DU LABORATOIRE		NOM DU TECHNICIEN	
TÉLÉPHONE			
NOM DU PATIENT		DATE DE NAISSANCE DU PATIENT	
NOM DU DENTISTE TRAITANT / CLINIQUE			
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE			
SERVICES(S) OFFERT(S) :			
Prothèse fixe, amovible, sur implant, ...			
Coût du service offert			
AUTRE(S) COMMENTAIRE(S) :			
À L'USAGE DE LA FONDATION DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC			

Je souhaite continuer à offrir mes services au projet Bouche B cette année.

Je ne souhaite pas continuer à offrir mes services au projet Bouche B cette année.

Signature du technicien dentaire

Date