



# LETTRE DE NÉCESSITÉ MÉDICALE

Flex Spending Accounts (FSA, allocations de dépenses flexibles)/Health Reimbursement Arrangement (HRA, plan de remboursement de services de santé)/Health Savings Accounts (HSA, comptes d'épargne santé)

Selon les lignes directrices de l'ARC/IRS, certains produits de soins de santé peuvent être admissibles à (a) un remboursement par le biais d'un FSA/HRA, ou à (b) un traitement sans taxes par le biais d'un HSA s'il peut être prouvé que les produits sont utilisés à des fins principalement médicales. Si un dentiste a diagnostiqué un trouble médical et a recommandé l'utilisation d'une brosse à dents électrique Oral-B® pour soigner ou atténuer le trouble, celle-ci peut être admissible à recevoir un remboursement par le biais d'un FSA/HRA ou à bénéficier d'un faible taux d'imposition sur le traitement par le biais d'un HSA. Certains plans pourraient ne pas permettre un remboursement des brosses à dents électriques, peu importe si la brosse à dents est recommandée par un dentiste pour soigner un trouble médical. Vous devriez donc vérifier votre plan pour déterminer si l'achat d'une brosse à dents électrique Oral-B® pourrait être considéré comme une dépense remboursable, lorsqu'il est accompagné de cette lettre de nécessité médicale.

Professionnels des soins dentaires : Si votre patient participe à un programme FSA, HRA ou HSA et qu'il achète une brosse à dents électrique Oral-B® à la suite de votre recommandation pour soigner ou atténuer un trouble médical que vous avez diagnostiqué, votre patient pourrait être admissible à recevoir un remboursement ou à bénéficier d'un faible taux d'imposition sur le traitement par le biais d'un FSA, HRA ou HSA (sous réserve de toute limitation ou condition supplémentaire du plan).

## À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

NOM DU PATIENT	
NOM DU PARTICIPANT	
EMPLOYÉ DU PARTICIPANT	
NUMÉRO DE MEMBRE	

## À REMPLIR PAR LE DENTISTE/L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

DIAGNOSTIC	Gingivite		
TRAITEMENT	Brosse à dents électrique Oral-B® à utiliser deux fois par jour pendant une période de 30 jours minimum. Ce traitement est médicalement nécessaire pour soigner ou atténuer le trouble mentionné ci-dessus; il n'est en aucun cas destiné à la santé générale ou à des fins esthétiques.		
NOM (LETTRES MOULÉES)			
SIGNATURE		DATE	
ADRESSE			
TÉLÉPHONE			

Patient : Envoyez ce formulaire par la poste ou par télécopieur (ainsi qu'une copie de votre reçu) à votre administrateur FSA/HRA (ou conservez-le pour votre dossier HSA). Certaines dépenses pourraient nécessiter des documents supplémentaires. Veuillez vérifier auprès de votre fournisseur pour plus de détails concernant les documents nécessaires.

un soin continu après votre visite chez le dentiste

