



## Formulaire d'inscription de l'ACHD pour un numéro d'identification unique (NIU) pour la facturation directe en hygiène dentaire

Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse à domicile : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Adresse courriel personnelle : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro du télécopieur : \_\_\_\_\_

Je certifie que je satisfais aux exigences pour exercer à titre d'hygiéniste dentaire autonome, telles que définies par l'organisme de réglementation provincial.

J'ai ajouté en pièce jointe, une photocopie de mon permis ou de mon inscription, provenant de mon organisme de réglementation provincial.

Signature : \_\_\_\_\_ *les signatures numériques ou les tampons ne seront pas acceptés*

**Les hygiénistes dentaires ne peuvent soumettre des demandes de réclamation qu'avec leur propre NIU. Lorsque les services sont fournis par un hygiéniste dentaire associé, le NIU de l'associé doit être utilisé pour soumettre des réclamations.**

### Réseau de la pratique autonome (RPA)

Votre adhésion au Réseau de la pratique autonome comprend un numéro d'identification unique (NIU). Cette adhésion doit être renouvelée annuellement. [Cliquer ici](#) pour en apprendre davantage ou pour vous inscrire au Réseau de la pratique autonome.

### Remplir **les deux** pages et les envoyer à :

Adresse postale : ACHD, 1122, rue Wellington Ouest, Ottawa (ON) K1Y 2Y7

Télécopieur : 613 224-7283

Adresse courriel : [info@achd.ca](mailto:info@achd.ca)

*Les demandes d'inscription sont traitées une fois par semaine, le mardi matin. Nous devons recevoir les formulaires avant la fin de la journée du lundi, pour les traiter le mardi.*



**Formulaire d'inscription de l'ACHD pour le numéro  
d'identification unique (NIU) pour la facturation directe en  
hygiène dentaire — Confirmation de l'adresse professionnelle**

*(L'information consignée ci-dessous sera fournie aux compagnies d'assurance à des fins de vérification  
seulement.)*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

**Avez-vous une société professionnelle en hygiène dentaire?**      Oui  No

Si oui, sous quel nom : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle n° 1

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle n° 2 (s'il y a lieu)

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle n° 3 (s'il y a lieu)

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

*Pour ajouter d'autres adresses professionnelles, veuillez joindre une autre page.*

Si vous souhaitez qu'un numéro de cabinet vous soit assigné afin de traiter  
électroniquement vos réclamations, simplement remplir le formulaire d'inscription à la  
facturation électronique offert [ici](#).

Mise à jour le 07 avril 2022