Parent ou tuteur légal de

Ontario

Ministère de la Santé

Imprimer le formulaire

Beaux sourires Ontario

Directives pour le formulaire de notification aux parents (FNP) Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Le formulaire de notification aux parents #

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : _____

Adresse :

_____

Tél. : _____ Téléc. : _____

École du client :

_____

Date d'émission : _____

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client :

_____

Date de l'examen de dépistage : _____

Lieu de l'examen de dépistage : _____

Par : _____

Date de réception : _____

Aux parents ou tuteurs légaux de _____

Votre enfant a subi un examen de dépistage dentaire et présente un ou plusieurs problèmes dentaires nécessitant un traitement immédiat par un fournisseur de soins dentaires. D'après les résultats de l'examen de dépistage dentaire, votre enfant répond aux critères d'admissibilité cliniques du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario. Vous devez remplir le présent formulaire de notification aux parents et le retourner au bureau de santé publique mentionné précédemment **dans un délai de 20 jours ouvrables qui suivent l'émission**. Si ce formulaire n'est pas retourné, votre enfant peut subir un nouvel examen de dépistage.

Beaux sourires Ontario – Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO) permet aux enfants et aux jeunes admissibles d'accéder gratuitement à des services essentiels et d'urgence.

Pour être admissibles au volet SEU du programme BSO, les enfants et les jeunes doivent :

- être âgés d'au plus 17 ans;
- être habitants de l'Ontario;
- répondre aux critères d'admissibilité financière (section 2A); et
- répondre aux critères d'admissibilité cliniques tels que décrits dans le Protocole concernant la santé buccodentaire 2021 qui peut être consulté ici : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Oral%20Health%20Protocol_2021.pdf. Les protocoles sont publiés par le ministre de la Santé conformément à l'article 7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Remarque : Les enfants âgés de 17 ans et moins sont automatiquement inscrits au programme Beaux sourires Ontario et sont admissibles aux services dentaires lorsqu'ils reçoivent eux-mêmes ou si quelqu'un de leur domicile reçoit des prestations en vertu du programme Ontario au travail, du programme Aide pour soins temporaires, du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou du programme Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave.

Comment remplir le formulaire :

Remplissez la section 1 OU 2 selon votre situation :

- Section 1 – Le client est déjà inscrit au programme Beaux sourires Ontario OU est en mesure de payer le traitement
- Section 2 – Le client aurait des difficultés financières s'il devait payer le traitement

Faites parvenir le formulaire au bureau de santé publique mentionné précédemment dans un délai de 20 jours ouvrables qui suivent l'émission (voir l'encadré en haut à gauche de la première page). Veuillez prendre note que les fournisseurs ne doivent pas soumettre les demandes de SEU-BSO directement au ministère de la Santé, puisque cela nuira au traitement approprié de l'inscription et entraînera des retards non nécessaires.

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec le bureau de santé publique à l'adresse indiquée au haut de cette page.

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 Available in English

Ontario

Ministère de la Santé

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : _____

Adresse :

_____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : _____

Veuillez remplir la section 1 OU la section 2

Section 1 – Le client est déjà inscrit au programme Beaux sourires Ontario OU est en mesure de payer le traitement

Veuillez cocher l'UNE des cases suivantes :

☐ Vous pouvez payer le traitement ou vous avez une assurance dentaire qui couvre le traitement.

OU

☐ Votre enfant est déjà inscrit au programme Beaux sourires Ontario. Par exemple, si vous êtes bénéficiaire de l'aide sociale, votre enfant est déjà inscrit au programme Beaux sourires Ontario.

Veuillez indiquer ces renseignements qui figurent sur la carte de soins dentaires de votre enfant.

Numéro d'identification de client BSO : _____

Date d'expiration de la carte de soins dentaires BSO : _____

Si vous avez choisi l'une de ces options, veuillez remettre ce formulaire à votre fournisseur de soins dentaires et lui demander de remplir la section suivante pour confirmer que le traitement a été entrepris. Vous serez alors retiré de notre processus de suivi. Le bureau de santé publique peut également communiquer directement avec votre fournisseur de soins dentaires pour confirmer que le traitement a été entrepris.

A être rempli par le fournisseur de soins dentaires

Fournisseur de soins dentaires : Veuillez remplir cette section une fois le traitement entrepris et retourner ce formulaire au bureau de santé publique à l'adresse indiquée en haut de cette page. Veuillez prendre note que les fournisseurs ne doivent pas soumettre les demandes de SEU-BSO directement au ministère de la Santé, puisque cela nuira au traitement approprié de l'inscription et entraînera des retards non nécessaires.

Nom du dentiste

N° de téléphone du dentiste	N° d'identification unique du dentiste

X	Signature du fournisseur de soins dentaires	Date (aaaa/mm/jj)

Le formulaire dûment rempli doit être retourné par la poste ou par télécopieur ou remis au bureau de santé publique à l'adresse indiquée en haut de cette page dans les 20 jours ouvrables qui suivent la date d'émission (voir l'encadré en haut à gauche de la première page).

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Ontario **Ministère de la Santé**

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : _____

Adresse :

_____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : _____

Section 2A – Le client aurait des difficultés financières s'il devait payer le traitement

Veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Le revenu de votre ménage vous permet-il de bénéficier de la prestation ontarienne pour enfants? En cas de doute, veuillez communiquer avec le bureau de santé publique de votre localité. ..... ☐ Oui ☐ Non

2. Si vous avez payé le traitement, cela occasionnera-t-il des difficultés financières pour votre ménage entraînant l'une des situations suivantes :

   a) Incapacité de payer le loyer ou l'hypothèque;

   b) Incapacité à payer les factures domestiques;

   c) Impossibilité d'acheter de la nourriture pour la famille; ou

   d) L'enfant, le jeune ou la famille devra recourir à une banque alimentaire pour se nourrir. ..... ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu NON aux DEUX questions :

Vous **ne** remplissez **pas** les critères d'admissibilité financière du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario. Veuillez remplir la section 1 et déposer ou envoyer le formulaire rempli à votre bureau de santé publique à l'adresse indiquée ci-dessus.

Si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre de ces questions :

Vous remplissez les critères d'admissibilité financière du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario. Veuillez remplir la section 2 et déposer ou envoyer le formulaire rempli à votre bureau de santé publique à l'adresse indiquée ci-dessus.

Section 2B – Renseignements sur le demandeur

Le demandeur est le : (choisissez une réponse)

☐ Parent qui a la garde de l'enfant

☐ Tuteur légal

☐ Jeune – présentant la demande en son propre nom

Nom	
Prénom	Autre prénom (le cas échéant)
Téléphone	Extension (le cas échéant)

Ontario **Ministère de la Santé**

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : _____

Adresse :

_____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : _____

Adresse du domicile

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue

Ville	Province	Code postal

Adresse postale ☐ Cochez (√) si identique à l'adresse du domicile

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue

Ville	Province	Code postal

Section 2C – Renseignements sur le client (enfant/jeune)

Nom

Prénom	Autre prénom (le cas échéant)
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

École (le cas échéant)

Section 2D – Autre assurance

Les enfants et les jeunes qui ont une autre assurance peuvent s'inscrire au programme Beaux sourires Ontario, mais doivent d'abord utiliser leur propre assurance avant de se prévaloir de la couverture du programme Beaux sourires Ontario.

Votre enfant bénéficie-t-il d'une couverture d'assurance comprenant des prestations dentaires? ..... ☐ Oui ☐ Non

Les familles ou les jeunes qui ne peuvent pas se permettre d'utiliser une autre assurance en premier peuvent être exemptés de cette exigence et recevoir un traitement en vertu du programme Beaux sourires Ontario en tant que premier payeur.

Êtes-vous en mesure d'utiliser une autre assurance en premier? ..... ☐ Oui ☐ Non

Ontario **Ministère de la Santé**

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : _____

Adresse :

_____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : _____

Section 2E – Conditions et consentement

Je déclare que :

- Le client visé par cette demande au titre du volet Soins essentiels et d'urgence (SEU) du programme Beaux sourires Ontario (BSO) se conforme aux exigences d'admissibilité du volet SEU du programme BSO;
- Je n'ai pas fourni de faux renseignements sur le client, sur moi-même ou sur mon ménage, et je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le retrait immédiat du client du volet SEU du programme BSO et que le gouvernement de l'Ontario pourrait demander le remboursement des services rendus pendant que le client n'était pas admissible au programme;
- Je comprends que les renseignements contenus dans cette demande peuvent faire l'objet d'une vérification et que je dois immédiatement signaler tout changement pouvant avoir des conséquences sur l'admissibilité du client au ministère de la Santé;
- Je comprends que l'adresse postale fournie à la section 2B de ce formulaire de demande constituera l'adresse postale utilisée pour le client inscrit;
- Je comprends que seules certaines interventions dentaires sont couvertes par le volet SEU du programme BSO, comme mentionné dans le Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario et j'ai la responsabilité de payer les services non couverts ou payés en vertu du volet SEU-BSO;
- Je comprends que, dans la mesure du possible, une couverture existante d'assurance publique ou privée de soins dentaires pour le client indiqué doit être utilisée avant tout recours au volet SEU du programme BSO;
- Je comprends que si le client inscrit possède une autre assurance, on pourrait me demander de faire parvenir une lettre de ma compagnie d'assurance donnant de plus amples renseignements sur cette assurance;
- Je comprends que si je suis incapable d'utiliser mon autre assurance en premier, je peux recevoir un traitement en vertu du volet SEU du programme BSO comme premier payeur;
- Je comprends que la carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est valide pendant une période maximale de 6 mois à partir de la date de l'inscription et expirera à la fin de la période de 6 mois ou au 18e anniversaire du client inscrit, la première des dates prévalant;
- Je comprends que le client peut s'inscrire au maximum trois (3) fois au volet SEU-BSO au cours de sa vie;
- Je consens à ce que l'on recueille, utilise et divulgue tout renseignement contenu dans ce formulaire ou transmis en lien avec ce formulaire par et entre mon ou mes fournisseurs de soins dentaires, le conseil de santé (bureau de santé publique) pertinent et le ministère de la Santé;
- Je consens également à la cueillette et à la divulgation de renseignements connexes sur le traitement entre mon ou mes fournisseurs de soins dentaires, le conseil de santé pertinent et le ministère de la Santé aux fins de suivi et de gestion de cas, d'administration du programme, d'établissement de rapport et d'évaluation.

X Signature du parent/tuteur/jeune _____ Date (aaaa/mm/jj) _____

Le formulaire dûment rempli doit être retourné par la poste ou par télécopieur ou remis au bureau de santé publique à l'adresse indiquée en haut de cette page dans les 20 jours ouvrables.

Imprimer le formulaire Effacer le formulaire