Ontario Ministère de la santé

Beaux sourires Ontario

Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Formulaire de demande

Imprimer le formulaire

AccertaClaim Servicorp Inc.
Healthy Smiles Ontario Contact Centre
C.P. 2286, succ. P
Toronto (Ontario) M5S 3J8
Télécopieur : 416-354-2354
Sans frais : 1-877-258-3392

Le volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario (SEU-BSO) offre un accès gratuit à des services essentiels et d'urgence aux enfants et aux jeunes admissibles.

Les enfants et les jeunes peuvent être admissibles à SEU-BSO s'ils répondent aux critères suivants :

- être âgés d'au plus 17 ans;
- être habitants de l'Ontario
- répondre aux critères d'admissibilité financière (section 3A); et
- répondre aux critères d'admissibilité cliniques pour le volet Soins essentiels et d'urgence, tels qu'ils sont décrits dans le Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario.

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

Pour plus d'information sur le programme, veuillez consulter le site www.ontario.ca/beauxsourires

Si vous avez d'autres questions, veuillez communiquer avec la ligne INFO de ServiceOntario :

Sans frais : 1-844-296-6306
ATS (sans frais) : 1-800-387-5559; Toronto seulement : 416-327-4282

À l'intention des fournisseurs de soins :

Pour inscrire un enfant ou un jeune au volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario :

1. Veuillez remplir et signer le formulaire de demande pour le volet Soins essentiels et d'urgence.
2. Télécopiez ou postez ce formulaire dûment rempli au numéro ou à l'adresse mentionnés au 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. Vous recevrez une réponse dès que le formulaire aura été traité. Le traitement peut commencer dès que l'inscription est confirmée par Accerta. Le client recevra une carte de soins dentaires par la poste et pourra bénéficier de traitements pendant 6 mois à compter de sa date d'inscription ou jusqu'à son 18e anniversaire, selon la première éventualité.

Remarque : Les enfants/jeunes qui se présentent en urgence en dehors des heures normales d'ouverture d'Accerta (de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi) peuvent bénéficier, avant que l'inscription n'ait été confirmée, d'un ensemble limité de soins d'urgence, comme indiqué dans le Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario.

Si vous avez d'autres questions, veuillez communiquer avec Accerta :
Appels locaux : 416-363-3677
Sans frais : 1-877-258-2658

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 Available in English

Ontario

Ministère de la santé

Beaux sourires Ontario

Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)
Formulaire de demande

Nom du client : _____

A être rempli par le fournisseur de soins dentaires

1. Le client répond-il aux critères d'admissibilité cliniques de SEU-BSO, tels qu'ils sont définis dans le Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario? **Remarque :** Vous pouvez soumettre une demande de règlement procéder à l'évaluation de l'admissibilité clinique..... ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, veuillez indiquer au demandeur de remplir les sections 1, 2 et 3.

   Dans la négative, veuillez indiquer au demandeur de ne remplir que les sections 1, 2 et 4.

2. Le client s'est-il présenté en dehors des heures normales d'ouverture (du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h)? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, vous acceptez les conditions suivantes :

   - Avant d'amorcer le traitement, le demandeur doit remplir et signer le formulaire de demande pour le volet Soins essentiels et d'urgence.
   - Les fournisseurs doivent faire parvenir le formulaire de demande à Accerta le jour ouvrable suivant.
   - Accerta accusera réception du formulaire de demande SEU-BSO et vous informera de l'état de l'inscription de l'enfant, du numéro d'identification du client et de la date d'expiration.
   - Les fournisseurs doivent ensuite transmettre leurs demandes de règlement pour les services d'urgence fournis en se servant du numéro d'identification du client fourni par Accerta.

   Dans la négative, le fournisseur de soins dentaires peut effectuer un traitement supplémentaire une fois l'inscription confirmée par Accerta.

Renseignements sur le fournisseur de soins dentaires et déclaration

Fournisseur de soins dentaires : Veuillez remplir cette section une fois le traitement entrepris et retourner ce formulaire à l'administrateur du programme.

Nom du fournisseur de soins dentaires	Nº d'identification unique du fournisseur de soins dentaires

Adresse du fournisseur de soins dentaires

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue

Ville	Province	Code postal

Nº de téléphone du fournisseur de soins dentaires	Nº de télécopieur du dentiste fournisseur de soins dentaires

Déclaration du fournisseur de soins dentaires – Je confirme que les renseignements fournis sont exacts autant que je sache.

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

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

Ontario Ministère de la santé

Beaux sourires Ontario

Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)
Formulaire de demande

Nom du client : _____

Section 1 – 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)
Nº de téléphone	

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 2 – Renseignements sur le client (enfant/jeune)

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

Ontario

Ministère de la santé

Beaux sourires Ontario

Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)
Formulaire de demande

Nom du client : _____

Section 3A – Admissibilité financière

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, votre ménage aura-t-il des difficultés financières qui entraîneront l'une des situations suivantes :
   a) Incapacité de payer le loyer ou l'hypothèque;
   b) Incapacité de payer les factures domestiques;
   c) Incapacité d'acheter de la nourriture pour la famille; ou
   d) L'enfant, le jeune ou la famille devra recourir à une aide banque alimentaire pour se nourrir. ... ☐ Oui ☐ Non

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 le reste de ce formulaire et demander à votre fournisseur de soins dentaires de l'envoyer en votre nom.

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 discuter des options possibles avec votre fournisseur de soins dentaires.

Section 3B – 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

Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)
Formulaire de demande

Nom du client : _____

Section 3C – Modalités et consentement pour les clients admissibles à SEU-BSO

Je déclare ce qui suit :

- Le client visé par cette demande au titre du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario (SEU-BSO), se conforme aux exigences d'admissibilité de SEU-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 de SEU-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 partie 1 de ce formulaire de demande constituera l'adresse postale utilisée pour le client inscrit;
- Je comprends que seules certaines interventions dentaires sont couvertes par SEU-BSO, telles qu'elles figurent 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 de 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 à SEU-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 de SEU-BSO comme premier payeur;
- Je comprends que la carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est valide pendant 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 mon ou mes fournisseurs de soins dentaires et entre ceux-ci, 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 (bureau de santé publique) pertinent et le ministère de la Santé aux fins de suivi et de gestion de cas, d'administration du programme et d'évaluation.

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

Section 4 – Modalités et consentement pour les clients qui ne répondent pas aux critères cliniques

- 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 mon ou mes fournisseurs de soins dentaires et entre ceux-ci, le conseil de santé (bureau de santé publique) pertinent et le ministère de la Santé;
- Je consens également à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements relatifs au traitement entre mon ou mes fournisseurs de soins dentaires, le conseil de santé concerné (unité de santé publique) et le ministère de la Santé, dans le but de rembourser le fournisseur de soins dentaires pour l'évaluation de l'admissibilité clinique, l'administration du programme et l'évaluation.

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

Imprimer le formulaire

Effacer le formulaire