

Si vous ne bénéficiez pas d'un régime d'assurance-soins dentaires offert par votre employeur ou de toute autre couverture privée, vous pouvez présenter une demande d'adhésion au Programme yukonnais de soins dentaires. Si vous bénéficiez d'une protection partielle au titre du Régime d'assurance-médicaments ou du Régime d'assurance-santé complémentaire, vous pouvez demander cette protection pour soins dentaires supplémentaire. La demande d'adhésion est à remplir chaque année.

Avant de commencer

Ayez à portée de main :

- votre numéro de carte d'assurance-santé du Yukon;
- le numéro d'assurance-santé de vos enfants ou personnes à charge;
- une copie de votre avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada;
- une adresse courriel ou un numéro de téléphone pour que nous puissions vous contacter si nécessaire.

Déposer votre demande

- **En personne :** Financial Plaza, 204, rue Lambert, 4^e niveau, Whitehorse. Les bureaux sont ouverts du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, sauf les jours fériés.
- **Par la poste :**
Gouvernement du Yukon
Ministère de la Santé et des Affaires sociales
Programme yukonnais de soins dentaires, Services de santé assurés (H-2)
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
- **En ligne :** On peut remplir une demande au yukon.ca/fr.

Pour toute question sur le Programme yukonnais de soins dentaires, écrivez à dentalprogram@yukon.ca ou appelez au 867-667-5006 ou (sans frais au Yukon) au 1-800-661-0408, poste 5209.

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA - MM - JJ	Numéro d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon	
Numéro de téléphone	Adresse courriel	
Adresse postale		
Numéro d'unité (facultatif)	Numéro et rue ou case postale	
Ville ou localité	Province ou territoire	Code postal
Comment savoir si je bénéficie d'une autre protection pour soins dentaires au titre d'un autre programme ou régime d'assurance?		
<p>Vous pourriez bénéficier d'une autre protection par l'intermédiaire du Programme des services de santé non assurés ou du Programme de soins dentaires pour enfants, par exemple.</p>		
Comment puis-je savoir si j'y suis admissible?		
<p>Une personne est admissible si elle est dans l'une ou l'autre des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • résider au Yukon et avoir 65 ans ou plus; • résider au Yukon, avoir entre 60 et 64 ans et être le conjoint d'une personne résidente du Yukon qui a 65 ans ou plus et qui est admissible au Régime d'assurance-médicaments. 		

Bénéficiez-vous d'une protection pour soins dentaires au titre d'un autre programme ou régime d'assurance?

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Régime canadien de soins dentaires
- Régimes d'assurance-médicaments ou Régime d'assurance-santé complémentaire
- Assurance offerte par mon employeur ou couverture privée
- Autre (précisez) : _____
- Aucune de ces réponses

Partie 2 : Renseignements sur les enfants

Incluez tous les enfants, de moins de 19 ans figurant comme personnes à charge dans votre dossier du Régime d'assurance-santé du Yukon, même s'ils sont couverts par d'autres programmes. En cas de doute, appelez les Services de santé assurés au 867-667-5006.

Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA-MM-JJ	Numéro d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon	
<input type="checkbox"/> A déjà une protection pour soins dentaires <input type="checkbox"/> Demande l'adhésion au programme		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA-MM-JJ	Numéro d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon	
<input type="checkbox"/> A déjà une protection pour soins dentaires <input type="checkbox"/> Demande l'adhésion au programme		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA-MM-JJ	Numéro d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon	
<input type="checkbox"/> A déjà une protection pour soins dentaires <input type="checkbox"/> Demande l'adhésion au programme		

Ajoutez les renseignements des autres enfants sur une feuille séparée.

Partie 3 : Preuve de revenu

Vous devez fournir une copie de votre plus récent avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada, où doivent figurer le montant indiqué à la ligne 15000 et votre adresse, afin que nous puissions déterminer votre admissibilité au programme.

Nous acceptons les documents numérisés et les photos.

- J'ai joint ma preuve de revenu.

Partie 4 : Déclaration et consentement

Initiales	Déclaration et consentement
	Le cas échéant, je confirme être le parent ou le tuteur légal des enfants dont le nom figure ci-dessus et avoir l'autorisation de donner mon consentement en leur nom.
	Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, vrais et exacts.
	Je comprends que le fait de fournir sciemment des renseignements ou des documents faux ou trompeurs constitue une infraction qui pourrait entraîner le recouvrement de toutes les prestations versées en mon nom.
	Je comprends que le Programme yukonnais de soins dentaires utilisera les renseignements fournis dans cette demande et dans mon avis de cotisation pour évaluer mon admissibilité à des soins dentaires et pour évaluer le programme.
	Dans le but de vérifier mon admissibilité au programme, et si j'y suis admissible, j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements me concernant, lorsque cela est raisonnablement nécessaire à mon admissibilité au programme et à mon adhésion, à son administration et à la protection qu'il prévoit, auprès : <ul style="list-style-type: none"> • d'autres régimes de soins de santé assurés (ex. Régimes d'assurance-médicaments ou Régime d'assurance-santé complémentaire); • de l'assureur, Pacific Blue Cross; • du prestataire de soins dentaires.
	Je m'engage à aviser le Programme yukonnais de soins dentaires de tout changement dans la composition de mon ménage ou apporté à mon assurance, ou de tout autre facteur qui pourrait avoir une incidence sur mon admissibilité dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du changement.
	Je comprends que je peux retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements en fournissant un avis écrit au Programme yukonnais de soins dentaires, mais que le retrait de mon consentement peut avoir des répercussions. Je peux communiquer avec le Programme yukonnais de soins dentaires au 867-667-5006 pour en savoir plus sur la façon de retirer mon consentement et les répercussions de cette décision.

Partie 5 : Signature

_____	_____	AAAA-MM-JJ
Nom du demandeur (en lettres détachées)	Signature	Date
_____	_____	AAAA-MM-JJ
Nom du décisionnaire remplaçant ou du tuteur (en lettres détachées)	Signature	Date

Réservé à l'administration

Date de réception	Demande évaluée par	Ajouté au journal des demandes
AAAA-MM-JJ		

Partie 6 : Renseignements démographiques et renseignements sur les soins dentaires (facultative)

Les questions suivantes sont **facultatives**. Vos réponses permettront au Programme yukonnais de soins dentaires d'en savoir plus sur la santé dentaire des personnes qui font une demande et de s'assurer que le programme répond aux besoins de la population.

Toutes les réponses sont traitées de façon confidentielle et ne sont utilisées qu'à des fins d'analyse statistique et d'évaluation du programme.

Vous identifiez-vous à l'un des groupes suivants? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Membre d'une Première Nation, Inuk ou Métis | <input type="checkbox"/> Personne ayant des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances |
| <input type="checkbox"/> Personne nouvellement arrivée au Canada | <input type="checkbox"/> Personne LGBTQ2S+ |
| <input type="checkbox"/> Personne racisée ou personne de couleur | <input type="checkbox"/> Je ne m'identifie à aucun de ces groupes. |
| <input type="checkbox"/> Personne ayant un handicap | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre. |

À quel genre vous identifiez-vous?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> Non binaire |
| <input type="checkbox"/> Femme transgenre | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. |
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Genre non listé. Je m'identifie comme : _____ |
| <input type="checkbox"/> Homme transgenre | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre. |

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune éducation formelle | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales |
| <input type="checkbox"/> École primaire | <input type="checkbox"/> Diplôme de premier cycle universitaire (ex. B.A., B. Sc.) |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études supérieures (ex. M.A., M. Sc., Ph. D.) |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'études postsecondaires, d'une école de métiers ou d'un programme d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre. |

À quelle fréquence vous brossez-vous les dents?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> Une fois par jour | <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine, mais pas chaque jour |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine | | <input type="checkbox"/> Jamais |

À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> Une fois par jour | <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine, mais pas chaque jour |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine | | <input type="checkbox"/> Jamais |

Comment décririez-vous l'état de vos dents?

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Très mauvais | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|

Comment décririez-vous l'état de vos gencives?

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Très mauvais | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|

À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ou le thérapeute dentaire?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois | <input type="checkbox"/> Plus de 1 an, mais moins de 2 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 et 5 ans | <input type="checkbox"/> 5 ans ou plus | <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais reçu de soins dentaires. |

Quelle était la raison de votre dernière visite chez le dentiste? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Traitement ou examen de routine
- Traitement préventif (ex. nettoyage, traitement au fluorure, détartrage)
- Consultation
- Traitement dentaire d'urgence non traumatique (ex. carie, abcès, gingivite, parodontite)
- Traitement dentaire d'urgence traumatique (ex. blessure au visage ayant causé la perte d'une dent ou des dommages aux dents)
- Douleur ou problèmes touchant les dents, les gencives ou la bouche
- Suivi après un traitement
- Je ne sais pas ou j'ai oublié.

Partie 6 : Renseignements démographiques et renseignements sur les soins dentaires (facultative)

Êtes-vous en mesure d'acheter régulièrement des produits d'hygiène dentaire (dentifrice, soie dentaire, brosse à dents)?

- Oui Non Je ne sais pas.

Au cours des 12 derniers mois, comment auriez-vous payé les frais des soins dentaires si vous aviez eu à aller chez le dentiste?

- À l'aide de mes prestations d'assurance sociale.
 À l'aide du régime d'assurance de mon employeur.
 En ne payant pas mes autres factures ou dépenses (ex. Je n'aurais pas payé mon loyer pour le mois en question).
 J'aurais attendu qu'il y ait une journée de soins dentaires gratuits.
 À l'aide de mes économies.
 Autre (précisez) : _____
 Je n'aurais pas pu me permettre d'aller chez le dentiste.

Au cours des 12 derniers mois, quels obstacles avez-vous rencontrés au moment d'essayer d'obtenir des soins dentaires? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Je n'ai pas les moyens de me payer des soins dentaires.
 Les soins dentaires ne sont pas offerts dans ma région.
 La liste d'attente est trop longue.
 Je ressens de l'anxiété ou je ne suis pas à l'aise à l'idée de recevoir des soins dentaires.
 J'ai l'impression que les soins dentaires sont inadéquats.
 J'ai de la difficulté à trouver ou à payer des services de garde.
 J'ai de la difficulté à trouver ou à payer un moyen de transport.
 Je n'ai pas rencontré d'obstacles.
 Autre (précisez) : _____
 Ne s'applique pas (je n'ai pas cherché à obtenir de soins dentaires).

Au cours des 12 derniers mois, quels problèmes avez-vous eus en raison de l'état de vos dents, de vos gencives ou de votre bouche? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Difficulté à manger
 Difficulté à parler ou à articuler
 Incapacité à travailler
 Sommeil interrompu
 Réduction des interactions sociales
 Anxiété
 Autre (précisez) : _____
 Aucune de ces réponses

Avez-vous besoin de soins dentaires en ce moment? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Soins de diagnostic et de prévention (ex. examen, nettoyage, traitement au fluorure)
 Traitement de restauration (ex. réparation de carie, couronne ou pont)
 Extraction (retrait) d'une dent
 Prothèse (ex. pose, entretien ou réparation d'une prothèse dentaire)
 Traitement parodontal (gencives)
 Orthodontie (ex. appareil orthodontique)
 Je ne pense pas avoir besoin de soins dentaires.
 Autre (précisez) : _____
 Je ne sais pas.