

Le Programme yukonnais de soins dentaires est un régime public de soins dentaires pour les personnes non assurées. Toute personne qui a une carte d'assurance-santé du Yukon valide, qui n'a pas d'assurance pour soins dentaires et dont le revenu correspond aux critères établis peut faire une demande d'adhésion au programme. Les personnes admissibles au Régime d'assurance-médicaments ou au Régime d'assurance-santé complémentaire peuvent aussi présenter une demande.

Pour une personne inscrite au Régime d'assurance-médicaments ou au Régime d'assurance-santé complémentaire, la protection s'élève à 600 \$ par année. Pour une personne sans assurance ni autre protection pour soins dentaires, la protection s'élève à 1 300 \$ par année. La protection prend fin le 30 juin de chaque année. Il faut renouveler sa demande d'adhésion chaque année.

Une personne qui a des enfants de moins de 19 ans peut les ajouter à sa demande s'ils figurent à son dossier du Régime d'assurance-santé du Yukon, sont de la même famille et habitent dans le même foyer. La taille de la famille influe sur l'évaluation du revenu, même si les enfants ne sont pas admissibles au programme. On peut faire une demande d'adhésion pour un enfant qui n'est couvert par aucun régime d'assurance et qui n'est pas admissible au Programme de soins dentaires pour enfants..

**On peut remplir une demande en ligne au [yukon.ca/fr](http://yukon.ca/fr) ou encore la poster ou la déposer en personne, accompagnée des documents requis, à l'une des adresses suivantes :**

**En personne :** Immeuble Financial Plaza  
204, rue Lambert, 4<sup>e</sup> niveau  
Whitehorse, Yukon

**Par la poste :** Programme yukonnais de soins dentaires  
Services de santé assurés (H-2)  
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

**Des questions?**

**Téléphone : 867-667-5209 ou (sans frais au Yukon) au 1-800-661-0408, poste 5209**

**Courriel : [dentalprogram@yukon.ca](mailto:dentalprogram@yukon.ca)**

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur		
Prénom	Second prénom	
Nom de famille	Date de naissance AAAA - MM - JJ	
Numéro d'assurance-santé du Yukon	Adresse courriel	Numéro de téléphone
Adresse postale	Ville/Localité	Code postal
Bénéficiez-vous d'une protection pour soins dentaires au titre d'un autre programme ou régime d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, êtes-vous admissible au Régime d'assurance-médicaments ou au Régime d'assurance-santé complémentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Vous y êtes admissible si vous résidez au Yukon et avez au moins 65 ans ou si vous résidez au Yukon, avez entre 60 et 64 ans et que votre conjoint(e) réside au Yukon et a au moins 65 ans.		
Partie 2 : Renseignements sur les enfants		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA - MM - JJ	Numéro 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'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'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

Pour nous permettre d'évaluer votre admissibilité selon votre revenu, veuillez joindre une preuve de revenu à votre demande.

- Je joins une copie de mon avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada.
- Je joins une lettre confirmant que j'ai reçu des prestations d'assistance sociale durant toute l'année financière précédant la date de la demande et que je n'ai déclaré aucun revenu d'emploi.

### 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"> <li>• d'autres régimes de soins de santé assurés (ex. Régimes d'assurance-médicaments, Régime d'assurance-santé complémentaire);</li> <li>• de l'assureur, Pacific Blue Cross;</li> <li>• du prestataire de soins dentaires.</li> </ul>
	Je m'engage à aviser le Programme yukonnais de soins dentaires de tout changement dans la composition de mon ménage ou 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 867-667-5209 pour en savoir plus sur la façon de retirer mon consentement et les répercussions de cette décision.

### Partie 5 : Signature

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

### Réservé à l'administration

Reçu le AAAA-MM-JJ	Examiné par	Ajouté au journal des demandes
-----------------------	-------------	--------------------------------

## 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? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Premières Nations, Inuit ou Métis       | <input type="checkbox"/> Personne ayant des problèmes de consommation ou de santé mentale |
| <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 élémentaire  | <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"/> Très bon | <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"/> Très bon | <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? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

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

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

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes en raison de l'état de vos dents, de vos gencives ou de votre bouche? Veuillez cocher 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 (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Aucune de ces réponses

Au cours des 12 derniers mois, quels obstacles avez-vous rencontrés au moment d'essayer d'obtenir des soins dentaires? Veuillez cocher 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 rencontré aucun obstacle.
- Ne s'applique pas (je n'ai pas cherché à obtenir de soins dentaires).
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Si vous aviez eu besoin d'aller chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, comment auriez-vous payé pour les soins dentaires?

- À l'aide de mes prestations d'assistance 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.
- Je n'aurais pas pu me permettre d'aller chez le dentiste.
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

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

- Oui  Non  Je ne sais pas.

De quels soins dentaires auriez-vous besoin en ce moment? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- Soins de diagnostic ou de prévention (ex. examen, nettoyage, traitement au fluorure)
- Soins de diagnostic ou de prévention (ex. examen, nettoyage, traitement au fluorure)
- Soins de diagnostic ou de prévention (ex. examen, nettoyage, traitement au fluorure)
- 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 en ce moment.
- Je ne sais pas.
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_