

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU PROJET BOUCHE B

Veillez noter que le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Veillez noter que ce document n'est pas un formulaire de demande de soins. Il s'agit d'un outil à l'attention des référents pour permettre de déterminer si une demande peut être éligible au projet Bouche B. Pour obtenir le formulaire de demande de soins, merci de nous contacter.

Les particuliers ne peuvent pas soumettre de demandes. Cependant vous trouverez sur la page d'accueil du site web www.projetboucheb.com une liste téléchargeable de ressources en santé bucco-dentaire, gratuites ou à moindre frais.

ÉLIGIBILITÉ DU RÉFÉRENT		
Je travaille pour	Situation applicable	Est-ce que je peux référer le patient?
Un CLCS et je suis travailleur social, agent de relations humaines, technicien en travail social, psychoéducateur ou hygiéniste en santé publique		Oui
Un CLSC et je suis un autre intervenant		Non
La Fondation du Dr Julien et je suis éducateur, travailleur social ou infirmier		Oui
Le Pas de la Rue et je suis intervenant		Oui
L'ACEF et je suis conseiller budgétaire		Oui
Une unité hospitalière (greffe, oncologie ou cardiologie) et je suis travailleur social ou infirmier pivot		Oui
Un autre organisme social		Pas présentement
Je suis un particulier		Non

ÉLIGIBILITÉ DU PATIENT		
Le patient que je souhaite référer	Situation applicable	Est-ce que je peux référer le patient?
Est déjà suivi par mon établissement/organisme et sera suivi pendant les traitements offerts par Bouche-B.		Oui
Est peu connu de l'organisme où je travaille et vient de s'inscrire pour pouvoir bénéficier de soins dentaires gratuits		Non

ÉLIGIBILITÉ DU PATIENT (suite)	Situation	Est-ce que je peux référer le patient?																		
Est un enfant de moins de 10 ans couvert par la RAMQ		Non																		
Est un enfant de moins de 10 ans non couvert par la RAMQ		Oui																		
Bénéficie de l'aide sociale et est couvert pour les soins dentaires		Non																		
A une assurance privée couvrant les soins dentaires		Non																		
Sa situation financière m'est inconnue		Non																		
<p data-bbox="147 509 1423 578">Est sous le seuil de faible revenu d'après la Mesure du Faible Revenu (voir tableau ci-dessous) et je suis en mesure de fournir des documents justificatifs.</p> <table border="1" data-bbox="302 643 1302 1058"> <thead> <tr> <th data-bbox="302 643 705 727">Nombre de personnes dans le ménage</th> <th data-bbox="705 643 1302 727">Revenu du ménage avant impôts* maximum admissible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="302 727 705 769">1</td> <td data-bbox="705 727 1302 769">23 754</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 769 705 812">2</td> <td data-bbox="705 769 1302 812">33 594</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 812 705 854">3</td> <td data-bbox="705 812 1302 854">41 144</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 854 705 896">4</td> <td data-bbox="705 854 1302 896">47 509</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 896 705 938">5</td> <td data-bbox="705 896 1302 938">53 117</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 938 705 980">6</td> <td data-bbox="705 938 1302 980">58 186</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 980 705 1023">7</td> <td data-bbox="705 980 1302 1023">62 848</td> </tr> <tr> <td data-bbox="302 1023 705 1058">8</td> <td data-bbox="705 1023 1302 1058">67 188</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="302 1101 1125 1133">*Personne seule ou conjoints et enfants à charge de moins de 16 ans</p> <p data-bbox="344 1201 1167 1256">Tableau de Seuils de faible revenu MFR (2017) Source : Statistique Canada, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.</p>	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu du ménage avant impôts* maximum admissible	1	23 754	2	33 594	3	41 144	4	47 509	5	53 117	6	58 186	7	62 848	8	67 188		Oui
Nombre de personnes dans le ménage	Revenu du ménage avant impôts* maximum admissible																			
1	23 754																			
2	33 594																			
3	41 144																			
4	47 509																			
5	53 117																			
6	58 186																			
7	62 848																			
8	67 188																			

ÉLIGIBILITÉ DES SOINS DEMANDÉS (suite)

Le ou les soin(s) demandé(s) est/sont :	Situation applicable	Est-ce que je peux référer le patient?
Recommandés par un autre dentiste : le patient a déjà vu un dentiste et a des radiographies et un estimé		oui
Un examen pour évaluer la plainte du patient : celui-ci n'a pas encore vu le dentiste.		oui
Urgents et de première nécessité (enflure, traumatisme, difficulté à fonctionner, douleur ou impact sur la santé)		Oui
Un ou des traitement(s) d'endodontie (traitement de canal)		L'offre est limitée, c'est pourquoi ils sont généralement réservés aux dents antérieures et aux dents servant de support à une prothèse.
Une ou des prothèse(s)		L'offre étant limitée nous invitons les référents à <u>nous contacter avant</u> de déposer une demande qui concerne ou <u>inclut une prothèse</u> (notamment dans le cas de multiples extractions). Nous pourrions alors vous dire quel est l'état de la situation à ce moment . Nous ne tenons pas de liste d'attente pour les demandes de prothèse(s).

Dans tous les cas, le dentiste qui traitera gratuitement le patient aura le dernier mot sur le traitement offert. Suite à son diagnostic. Le patient aura toujours la possibilité de refuser ledit traitement.