

## Aux praticiens en soins dentaires

## Automne/Hiver 2001-Printemps 2002

### ACTUALITÉS

Bienvenue au numéro combiné de l'automne/hiver 2001 et du printemps 2002 de notre bulletin trimestriel. Nous sommes maintenant rendus à notre quatrième année à titre de responsables du traitement des demandes de paiement du programme des SSNA de la DGSPNI de Santé Canada.

Nous tenons à vous remercier encore une fois pour les soins de santé de qualité que vous continuez à offrir aux membres des Premières Nations et aux Inuits bénéficiaires du programme des SSNA.

Comme à l'habitude, vos commentaires et vos questions sont les bienvenus. N'hésitez pas à nous les communiquer en appelant le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH au **1-888-471-1111** ou en nous écrivant à l'adresse suivante :

Relations avec les fournisseurs de FCH  
3080, rue Yonge, bureau 3002  
Toronto (Ontario) M4N 3N1

### AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU SYSTÈME DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS DENTAIRE DES SSNA

Nous allons améliorer le système de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA les 30 et 31 mars prochains. Étant donné que les améliorations en question se produiront à l'arrière-plan, nous ne prévoyons pas d'interruptions du service pendant ces deux jours.

À la suite de ces améliorations au système, la *Lettre de confirmation de la prédétermination* et le *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires* du programme des SSNA comporteront de nouveaux champs. De plus, avec l'introduction de nouvelles vérifications internes ou d'améliorations au système, vous verrez de nouveaux messages de rejet ou d'avertissement sur le *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA* ou vous constaterez que les anciens messages auront été modifiés.

Si vous avez des questions sur les améliorations apportées au système de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA, veuillez communiquer avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* en appelant au **1-888-471-1111**.

### MESSAGES DE REJET OU D'AVERTISSEMENT NOUVEAUX, CHANGÉS ET SUPPRIMÉS

Le système de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA produit des codes de rejet et d'avertissement de trois caractères correspondant à des messages qui sont imprimés sur votre *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires* des SSNA. Le code de rejet, composé d'un « R » suivi de deux caractères numériques et d'un message, indique pourquoi votre demande de paiement a été rejetée. Le code d'avertissement, composé d'un « W » suivi de deux caractères numériques et d'un message, indique que nous avons traité votre demande de paiement mais que nous l'avons modifiée. Dans le cadre des améliorations apportées au système de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA, nous avons introduit de nouveaux messages et modifié certains messages existants.

#### NOUVEAUX MESSAGES :

- R28** BÉNÉF., FOURN. ET SERVICE NE CORRESPONDENT PAS À LA LETTRE DE PD
- R39** CODE DE L'ACTE DENTAIRE NON VALABLE
- R43** FRAIS DE LABORATOIRE À SOUMETTRE POUR L'ACTE DENTAIRE SPÉCIFIÉ
- R44** FRAIS DE LAB. OU DÉPENSES NON PERMIS POUR CODE D'ACTE DENTAIRE INDIQUÉ
- R45** FRAIS DE LAB. OU DÉPENSES DE L'ACTE DENTAIRE NON VALABLES
- R47** SEUIL LIMITE DÉPASSÉ. SERVICE REQUIERT UNE PRÉDÉTERMINATION
- R66** LA DATE DE SERVICE DOIT ÊTRE ULTÉRIEURE À LA DATE DE NAISSANCE
- W13** NOTEZ CORRECTION NUMÉRO FOURNISSEUR POUR DEM. DE PAIEMENT ULTÉRIEURE
- W27** VÉRIFICATION PRÉAL. DE L'ARTICLE UTILISÉE POUR DEM. DE PAIEMENT ANTÉRIEURE
- W31** RÉDUIT AU NBRE MAX. DE SURFACES PERMIS PAR DENT INCL. DEM. ANTÉR.
- W32** SURFACE EN DOUBLE SUR DEM. ANTÉR. – TOTAL LIMITÉ AUX SURFACES UNIQUES

#### MESSAGES MODIFIÉS :

- R10** NUMÉRO DE FOURNISSEUR NON VALABLE
- R30** COUVERTURE PAR UN AUTRE RÉGIME, S'ADRESSER À LA DGSPNI

## **W10 IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT INVERSÉE**

---

### **VÉRIFICATIONS DES ABLATIONS EFFECTUÉES LE MÊME JOUR POUR LE MÊME QUADRANT**

Nous avons élargi les vérifications exécutées par le système concernant les ablations effectuées à la même date pour le même quadrant. Ces vérifications sont dorénavant effectuées pour tous les codes d'acte d'ablation (ablation des dents à éruption complétée et ablations chirurgicales).

Si une ablation ayant déjà été réglée est effectuée pour le même quadrant au cours de la même journée, vous allez recevoir le message d'avertissement W30 (RÉDUIT D'UNE EXTRACTION SIMPLE À EXTRACTION ADDITION., MÊME QUADRANT) sur votre relevé à la ligne de demande de paiement correspondante.

---

### **SOUSSION DES FRAIS DE LABORATOIRE SUR LE FORMULAIRE DENT-29**

Pour tous les codes d'acte dentaire admissibles aux frais de laboratoire, vous devez inscrire sur la même ligne les honoraires professionnels et les frais de laboratoire. Si vous ne soumettez pas de frais de laboratoire pour un code de laboratoire admissible, la ligne en question sera rejetée avec le message R43 (FRAIS DE LABORATOIRE À SOUMETTRE POUR L'ACTE DENTAIRE SPÉCIFIÉ).

---

### **CHANGEMENTS APPORTÉS AUX DEMANDES DE PAIEMENT INVERSÉES**

Veillez prendre note que les inversions de données ne seront plus possibles sur les demandes de paiement au cours du traitement. Si vous voulez inverser les données d'une ligne spécifique sur une demande de paiement, il faudra inverser les données de toutes les lignes de la demande de paiement. De plus, le message W10 (IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT INVERSÉE) figurera sur le *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires des SSNA* pour chaque ligne de la demande de paiement en question.

---

### **AMÉLIORATIONS APPORTÉES À LA LETTRE DE CONFIRMATION DE LA PRÉDÉTERMINATION**

Nous avons apporté les améliorations suivantes à la *Lettre de confirmation de la prédétermination* :

- ❑ Plusieurs lettres destinées au même fournisseur et produites à la même date seront envoyées dans une même enveloppe.
- ❑ Le numéro d'identification du fournisseur figurera sur la *Lettre de confirmation de la prédétermination*.
- ❑ Les dates du début et de la fin de chaque code d'acte dentaire autorisé figureront sur la *Lettre de confirmation de la prédétermination*.

- ❑ La note de rappel « INDIQUEZ LES NUMÉROS DE PRÉDÉTERMINATION ET DE FOURNISSEUR CI-DESSUS SUR VOTRE DEMANDE DE PAIEMENT » est imprimée au bas de la lettre.
- 

### **AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU RELEVÉ DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS DENTAIRES**

Nous avons apporté les améliorations suivantes au *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires* :

- ❑ Les codes de réponse se trouvent désormais du côté droit du relevé.
- ❑ La section solde du crédit a été élargie et comprendra désormais les étiquettes suivantes. Ces étiquettes ne seront imprimées sur le relevé que si vous devez de l'argent à FCH :
  - **Montant total net** (montant net payé pour l'ensemble du relevé)
  - **Solde créditeur reporté** (montant dû à FCH avant l'exécution du relevé courant et exprimé en somme négative)
  - **Solde créditeur courant** (montant dû à FCH après l'exécution du relevé courant et exprimé en somme négative)

Montant total net – Solde créditeur reporté =  
Solde créditeur courant

Nous avons remplacé le champ DOC/N° FAC du relevé par les champs suivants :

- ❑ DOC/FAC (numéro d'inscription octroyé par FCH)
- ❑ DOC. (numéro de document du formulaire DENT-29 du programme des SSNA)

Les champs suivants ne figureront plus sur le relevé :

- ❑ # BANDE (numéro de bande du bénéficiaire)
  - ❑ # FAMILLE (numéro de famille du bénéficiaire)
- 

### **FORMULAIRE DENT-29 DES SSNA UTILISÉ EN TANT QUE DEMANDE DE PAIEMENT**

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2001, vous devez soumettre les demandes de paiement à FCH sur les formulaires DENT-29 du programme des SSNA imprimés après décembre 1998 et distribués par FCH.

Si votre cabinet soumet une demande de paiement pour des soins dentaires rendus à des bénéficiaires du programme des SSNA en utilisant un formulaire normalisé de demande de paiement pour soins dentaires, vous devez y joindre un formulaire DENT-29 du programme des SSNA imprimé après décembre 1998 et distribué par FCH.

**Veillez demander les nouveaux formulaires DENT-29 du programme des SSNA en appelant au Centre**

*d'information à numéro sans frais sur les SSNA et détruire les formulaires DENT-29 du programme des SSNA qui se trouvent encore en votre possession et qui portent une date antérieure à décembre 1998.* (La date est indiquée au coin inférieur gauche du formulaire).

---

#### **SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE OBLIGATOIRE**

La signature du bénéficiaire, de sa mère, de son père ou de son tuteur est obligatoire sur tous les formulaires de demande de paiement DENT-29 du programme des SSNA. **Si le champ SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE est laissé en blanc, nous allons retourner la demande de paiement à l'envoyeur.**

Dans le cas des enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de consentement et qui vont à leurs prochains rendez-vous chez le dentiste sans être accompagnés de leur mère, de leur père ou de leur tuteur, les mots SIGNATURE AU DOSSIER doivent apparaître au champ SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE/TUTEUR du formulaire DENT-29 du programme des SSNA. **Vous devez également garder un formulaire DENT-29 du programme des SSNA signé par la mère, le père ou le tuteur au dossier du patient.** Cette politique est importante du point de vue de la responsabilité du fournisseur et des exigences de vérification du programme des SSNA.

---

#### **CORRIGER ET SOUMETTRE DE NOUVEAU UNE DEMANDE DE PAIEMENT**

Le *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires* peut servir à rapprocher vos états de compte. Vous devriez le consulter lorsque vous effectuez des recherches. Par ailleurs, vous devez indiquer directement à la main les corrections sous les renseignements existants du relevé et faire parvenir le document ainsi corrigé à FCH dans les 60 jours suivant la date figurant sur le relevé. **Ne changez rien aux données existantes et ne les effacez surtout pas.**

Veillez ne pas soumettre à nouveau la demande de paiement sur un formulaire DENT-29 du programme des SSNA, par télécopieur ou sur un formulaire DENT-29 du programme des SSNA ayant été photocopié. Nous allons retourner à l'envoyeur les demandes de paiement soumises de nouveau par ces méthodes.

---

#### **AUTORISATION APRÈS LES FAITS DE SOINS DENTAIRE**

Toutes les données nécessaires pour la soumission d'une demande de paiement à FCH sont exigées sur un formulaire DENT-29 du programme des SSNA utilisé comme demande d'autorisation après les faits. Vous devez envoyer la demande d'autorisation après les faits au bureau régional de la DGSPNI approprié pour révision. (Si tous les éléments de données sont inclus sur le formulaire DENT-29 du programme des SSNA, la DGSPNI enverra le document

à FCH pour traitement, lorsqu'elle aura révisé le formulaire et émis un numéro de prédétermination, si la demande de prédétermination a été approuvée). Autrement, le document ne sera pas envoyé à FCH en tant que demande de paiement et une prédétermination postdatée des soins dentaires admissibles sera émise.

- Le formulaire DENT-29 du programme des SSNA doit porter une date égale ou ultérieure à décembre 1998 (la date est indiquée sur la marge inférieure gauche du formulaire).
  - Vous devez cocher la case de pointage « AUTORISATION APRÈS LES FAITS ».
  - Vous devez cocher la case de pointage « POUR DEMANDE DE PAIEMENT ».
  - Vous devez indiquer de façon lisible l'adresse postale au complet du bénéficiaire, y compris son code postal.
  - Vous devez indiquer de façon lisible votre adresse postale au complet et votre numéro d'identification en tant que fournisseur.
  - Vous devez indiquer le nom et l'adresse du bénéficiaire pour tous les patients de moins de seize ans si vous avez coché la case de pointage PAYER LE BÉNÉFICIAIRE/TUTEUR.
  - La signature du bénéficiaire est exigée si ce dernier est âgé de plus de 16.
  - Pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de consentement et qui vont à leurs prochains rendez-vous chez le dentiste sans être accompagnés de leur mère, de leur père ou de leur tuteur, les mots SIGNATURE AU DOSSIER doivent apparaître au champ SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE/TUTEUR du formulaire DENT-29 du programme des SSNA. Vous devez également garder un formulaire DENT-29 signé par la mère, le leur père ou le tuteur au dossier du patient.
  - L'estampille de vérification de votre cabinet ou votre signature doit figurer sur le document.
  - Vous devez indiquer la date de service pour chaque ligne ainsi que les autres renseignements tels le code d'acte dentaire, le code de dent, le code de surface (s'il y a lieu), le quadrant, le sextant, etc.
  - Vous devez indiquer les honoraires, les frais de laboratoire et les frais totaux pour chaque ligne d'acte dentaire.
  - Vous devez indiquer, s'il y a lieu, les numéros de vérification préalable.
  - Vous devez remplir la partie 2 du formulaire DENT-29 du programme des SSNA.
  - Vous devez remplir entièrement la partie 3 du formulaire DENT-29 du programme des SSNA et y joindre un formulaire d'EDS si la coordination des services s'applique.
- 

#### **LONG PLAIN (BANDE 287)**

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001, le programme des SSNA ne

traite plus les demandes de paiement pour soins dentaires de la bande Long Plain – 287.

Vous devez envoyer à la gérante du programme de soins dentaires de Long Plain les demandes de paiement dont la date de service est postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2001, qu'elles aient été prédéterminées ou non par les bureaux régionaux de la DGSPNI. L'adresse est la suivante :

M<sup>me</sup> Marg Myran  
Gérante intérimaire du programme  
Programme de soins dentaires de Long Plain  
C.P. 580  
Portage la Prairie (Manitoba)  
R1N 3B9

Pour en savoir plus long sur l'admissibilité des bénéficiaires de Long Plain ou le programme de soins dentaires de Long Plain, veuillez communiquer avec le bureau de Long Plain au **1-888-834-9768** ou télécopier votre demande de renseignements au **(204) 252-2151**.

Après le 1<sup>er</sup> décembre 2001, FCH a cessé de faire parvenir à la gérante du programme de soins dentaires de Long Plain les demandes de paiement soumises par erreur à ses bureaux. Ainsi, depuis le 2 décembre 2001, FCH a commencé à retourner à l'expéditeur les demandes de paiement qui lui sont envoyées. Vous devez alors les soumettre à la gérante du programme de soins dentaires de Long Plain.

---

### **BÉNÉFICIAIRES D'ANISHINAABE MINO-AYAWIN INC. (AMA)**

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001, le programme des SSNA ne traite plus les demandes de paiement pour soins dentaires des bénéficiaires d'Anishinaabe Mino-Ayaawin Inc. (AMA), qui comprennent les bandes suivantes :

Bande 268 – Kinonjeoshtegon  
Bande 269 – Peguis  
Bande 271 – Lake Manitoba  
Bande 272 – Fairford  
Bande 274 – Little Saskatchewan  
Bande 275 – Lake St. Martin  
Bande 316 – Dauphin River

Vous devez faire parvenir au gérant du programme de soins dentaires d'AMA les demandes de paiement dont la date de service est ultérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2001, qu'elles aient été prédéterminées ou non par les bureaux régionaux de la DGSPNI. L'adresse est la suivante :

D<sup>r</sup> Ron Monczka  
Gérant du programme  
Programme dentaire d'AMA  
401-286, rue Smith  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 1K4

Pour en savoir plus long sur l'admissibilité des bénéficiaires d'AMA ou le programme de soins dentaires d'AMA, veuillez communiquer avec le bureau d'AMA au **1-888-486-4960** ou télécopier votre demande de renseignements au **(204) 943-2134**.

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2001, FCH a cessé de faire parvenir au gérant du programme de soins dentaires d'AMA les demandes de paiement soumises par erreur à ses bureaux. Ainsi, depuis le 2 décembre 2001, FCH a commencé à retourner à l'expéditeur les demandes de paiement qui lui sont envoyées. Vous devez alors les soumettre au gérant du programme de soins dentaires d'AMA.

---

### **NOUVEAUX NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET DE TÉLÉCOPIEUR POUR LE NISGA'A VALLEY HEALTH BOARD**

Si vous voulez demander une prédétermination des soins dentaires rendus aux Premières nations de Nisga'a, vous devez appeler le bureau des SSNA du Nisga'a Valley Health Board au **1-888 233-2212** ou au **(250) 633-5000**, ou encore télécopier votre demande de renseignements au **(250) 633-2512**.

Pour en savoir plus long sur l'admissibilité des Premières nations de Nisga'a ou le programme de soins dentaires du Nisga'a Valley Health Board, veuillez communiquer avec le bureau des SSNA de Nisga'a Valley au **1-888-233-2212**.

Le Nisga'a Valley Health Board représente les Premières nations suivantes :

671 – Gingolx (Kincolith)  
677 – Gitlakdamix (New Aiyanih)  
678 – Lakalzap (Greenville)  
679 – Gitwinksihlkw (Canyon City)

---

Vous trouverez ci-joint les pages au complet révisées de la *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* (TIPSD). Ces pages contiennent les mises à jour apportées aux messages du système dentaire, au formulaire de demande de paiement DENT-29 du programme des SSNA, à la *Lettre de confirmation de la prédétermination* et au *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires* lors de l'amélioration du système de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires du programme des SSNA. Veuillez remplacer entièrement les anciennes pages de la TIPSD par les pages révisées.

---