

Aux praticiens en soins dentaires

Été 2001

ACTUALITÉS

Bienvenue au numéro d'été 2001 de notre bulletin trimestriel. Nous sommes maintenant rendus à notre troisième année à titre de responsable 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

FORMULAIRE DENT-29 DES SSNA UTILISÉ COMME DEMANDE DE PAIEMENT

À compter du 1^{er} août 2001, les demandes de paiement reçues à FCH sur des formulaires autres que les formulaires Dent-29 des SSNA imprimés après le mois de décembre 1998 et distribués par FCH vous seront retournées.

Si vous soumettez une demande de paiement pour des soins dentaires rendus à un bénéficiaire du programme des SSNA en utilisant un formulaire normalisé, vous devez y joindre un formulaire Dent-29 des SSNA imprimé après le mois de décembre 1998 et distribué par FCH.

Veuillez commander les nouveaux formulaires Dent-29 des SSNA du *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH et détruire tout formulaire Dent-29 des SSNA que vous avez présentement en votre possession indiquant une date antérieure au mois de décembre 1998.

CHAMP DE L'ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE SUR UNE DEMANDE DE PAIEMENT ET UNE PRÉDÉTERMINATION

Le champ *Adresse du bénéficiaire* du formulaire Dent-29 des SSNA est un champ obligatoire. Ainsi, vous devez vous

assurer de le remplir avant de soumettre une demande de paiement pour traitement et règlement à FCH.

Les demandes de paiement qui sont reçues à FCH sans l'adresse complète du bénéficiaire, y compris le **code postal**, vous seront retournées pour être complétées.

Pour toutes les demandes de prédétermination soumises aux bureaux régionaux de la DGSPNI, vous devez indiquer l'adresse complète du bénéficiaire sur le formulaire de prédétermination Dent-29 des SSNA.

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE AU DOSSIER OBLIGATOIRE

La signature du bénéficiaire ou du parent/tuteur légal est obligatoire sur tous les formulaires de demande de paiement Dent-29 des SSNA. Si le formulaire ne comprend pas la signature du bénéficiaire, la demande de paiement vous sera retournée.

Dans le cas d'enfants qui n'ont pas l'âge requis pour consentir et qui se présentent à leurs rendez-vous ultérieurs sans être accompagnés d'un parent ou tuteur légal, la mention « signature au dossier » doit être inscrite dans le champ signature du bénéficiaire, parent/tuteur légal du formulaire Dent-29 des SSNA. Il s'agit d'une politique importante du point de vue de la responsabilité du praticien en soins dentaires et de la vérification du programme.

SOUSSION DES FACTURES DE LABORATOIRE

Les factures de laboratoire (originales ou photocopiées) doivent être jointes au formulaire de demande de paiement Dent-29 des SSNA afin d'être admissibles au règlement. Les formulaires de demande de paiement Dent-29 des SSNA, ayant des factures de laboratoire qui ont été modifiées, vous seront retournés accompagnés d'une lettre de retour.

Les factures pour des frais de laboratoire effectués en cabinet doivent être soumises sur votre en-tête de lettre.

FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LE FOURNISSEUR

Ce formulaire a été révisé afin de le rendre plus clair et plus facile à remplir lors de l'inscription d'un nouveau praticien en soins dentaires, de l'ajout d'un nouveau cabinet dentaire, de la modification des renseignements et de la résiliation

d'un praticien en soins dentaires inscrit. Vous trouverez, ci-joint, un exemplaire du formulaire révisé.

CADRE DE TRAVAIL POUR LA VÉRIFICATION DES PRATICIENS EN SOINS DENTAIRES DES SSNA

FCH effectue une vérification auprès des praticiens en soins dentaires pour le compte du programme des SSNA. Cette vérification permet au programme des SSNA de se conformer à l'obligation de rendre compte et d'imputabilité en ce qui a trait à l'utilisation des fonds publics et de s'assurer que les praticiens en soins dentaires respectent les conditions indiquées dans la *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* des SSNA. Voici les éléments formant le cadre de vérification :

Programme d'assurance de la qualité au lendemain de la soumission de la demande de paiement : Il s'agit de l'examen d'un échantillon défini de demandes de paiement soumise par des praticiens en soins dentaires le lendemain de leur réception par FCH.

Dans le cadre de ce programme, vous pourriez recevoir un questionnaire par télécopieur (ou par la poste). Vous devrez y inscrire les détails précis sur le traitement reçu par un bénéficiaire du programme des SSNA et retourner le questionnaire dûment rempli par télécopieur ou par la poste à FCH.

Ces facteurs déterminants sont modifiés régulièrement après un certain laps de temps et d'autres types de profil sont incorporés au *Programme d'assurance de la qualité au lendemain de la soumission de la demande de paiement*. Si les renseignements contenus dans le questionnaire indiquent une utilisation inappropriée d'un code d'acte dentaire ou si le questionnaire n'est pas rempli et retourné par le praticien en soins dentaires, la demande de paiement pourrait être retournée.

Programme de confirmation par le bénéficiaire : Il s'agit d'un envoi postal trimestriel à un certain nombre de bénéficiaires du programme des SSNA choisis au hasard, afin de confirmer les soins dentaires qui ont été facturés en leur nom.

Programme d'établissement du profil du praticien en soins dentaires : Il s'agit d'une vérification des demandes de paiement de tous les praticiens en soins dentaires par rapport à des paramètres définis et de la détermination de la méthode de suivi si des problèmes sont relevés au cours du processus.

Programme de vérification sur place : Il s'agit du choix d'un échantillon de demandes de paiement pour vérifier si elles sont conformes aux dossiers du praticien en soins dentaires lors d'une visite sur place.

Si vous avez des questions concernant le *Programme d'assurance de la qualité au lendemain de la soumission de la demande de paiement* ou toute autre élément formant le programme de vérification des praticiens en soins dentaires des SSNA, veuillez contacter le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH au 1-888-471-1111.

COORDINATION DES SERVICES POUR LE PLAN DE TRAITEMENT D'ORTHODONTIE

À compter du 1^{er} août 2001, la coordination des services pour le plan de traitement d'orthodontie s'appliquera au moment de la prédétermination.

Lorsque le bénéficiaire a une couverture par un autre régime, le praticien en soins dentaires doit soumettre tout d'abord le plan de traitement d'orthodontie à l'autre régime. Une fois que le praticien en soins dentaires a reçu une réponse de l'autre régime, le plan de traitement peut être soumis au bureau régional de la DGSPNI approprié.

Les praticiens en soins dentaires **DOIVENT** joindre la réponse de l'autre régime au moment de la prédétermination.

MARCHE À SUIVRE QUANT AUX APPELS

Lorsqu'un bénéficiaire se voit refuser un service dans le cadre du programme des SSNA, le bénéficiaire dispose de trois niveaux d'appel qu'il doit amorcer par écrit. À chacun de ces niveaux, l'appel doit être accompagné de l'information pertinente provenant du professionnel de la santé. Voici les éléments d'information qui doivent être inclus :

- la condition médicale (diagnostic et pronostic) pour laquelle le soin est requis,
- les autres solutions ayant été essayées,
- les résultats des tests de diagnostic pertinents,
- la justification du traitement proposé.

L'appel sera entendu par un expert-conseil en soins dentaires qui émettra une recommandation à l'intention de la DGSPNI. La décision finale sera prise par la DGSPNI à la lumière de la recommandation de l'expert-conseil, des besoins spécifiques du bénéficiaire, de l'accès aux solutions de rechange et de la politique des SSNA.

Les feuillets d'information décrivant les trois niveaux d'appel et indiquant les adresses des bureaux régionaux de la DGSPNI sont disponibles sur le site Web du programme des SSNA à l'adresse Internet suivante :

www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/dentaire/proceduresdappel/

**NOUVELLE GRILLE RÉGIONALE DES SOINS
DENTAIRES DU PROGRAMME DES SSNA POUR
LES DENTISTES GÉNÉRALISTES, LES
SPÉCIALISTES ET LES DENTUROLOGISTES**

Vous trouverez ci-joint les pages révisées pour les sous-sections 9.1, 2.10.6 et 2.10.9 de votre *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires*. Veuillez enlever les anciennes pages et insérer les pages révisées.

La nouvelle *Grille régionale des soins dentaires* du programme des SSNA pour les dentistes généralistes (DG), les spécialistes (SP) et les denturologistes sera en vigueur pour les régions indiquées ci-dessous aux dates suivantes :

1^{er} juillet 2001

- Nouveau-Brunswick, DG/SP
- Nouveau-Brunswick, denturologistes
- Nouvelle-Écosse, DG/SP
- Nouvelle-Écosse, denturologistes
- Terre-Neuve, DG/SP
- Terre-Neuve, denturologistes
- Île-du-Prince-Édouard, DG/SP

1^{er} août 2001

- Ontario, DG/SP

Vous recevrez sous peu la nouvelle *Grille régionale des soins dentaires* du programme des SSNA.

En cas de questions, communiquez avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH au **1-888-471-1111**.

**FRAIS D'ADMINISTRATION POUR UNE COPIE DU
RELEVÉ DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR
SOINS DENTAIRES**

Depuis le 1^{er} décembre 2000, des frais d'administration de 25 \$ sont exigés pour toute demande en vue d'obtenir une copie du *Relevé des demandes de paiement pour soins dentaires*. Les demandes doivent être faites par écrit à First Canadian Health (FCH) et inclure un chèque de 25 \$.

Si le chèque n'est pas encaissé et qu'un certain laps de temps s'est écoulé depuis la demande, les frais de 25 \$ seront annulés et le chèque de 25 \$ du praticien en soins dentaires lui sera retourné avec la copie du relevé.

APPELS PROVENANT DES BÉNÉFICIAIRES

Pour toute demande de renseignement, vous devez référer les bénéficiaires au bureau régional de la DGSPNI approprié. Veuillez consulter le répertoire d'adresses de votre *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires* (TIPSD) des SSNA pour connaître le numéro de téléphone et l'adresse de chaque bureau régional de la DGSPNI.

Le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH fournit des services aux praticiens en soins dentaires des SSNA.