

## Aux fournisseurs d'équipement médical et de fournitures médicales

Été 2003

### ACTUALITÉ

Bienvenue au numéro de l'été 2003 du bulletin trimestriel des Services de santé non assurés (SSNA). First Canadian Health (FCH) en est maintenant à sa cinquième année à titre de responsable du traitement des demandes de paiement du programme des SSNA pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada.

FCH tient à vous remercier encore une fois pour les soins de santé de qualité que vous continuez à offrir aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits bénéficiaires du programme des SSNA.

Comme d'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 :

Département des relations avec les fournisseurs de FCH  
3080, rue Yonge, bureau 3002  
Toronto, ON M4N 3N1

### MESSAGE D'AVERTISSEMENT W82 AU SUJET DU CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE

Le message d'avertissement W82 a été réactivé. Ainsi, ce message sera imprimé sur le *Relevé des demandes de paiement pour ÉMFM des SSNA* pour chaque ligne de demande de paiement réglée, et ce, pour les bénéficiaires qui n'auront pas donné leur consentement :

#### W82 – Le bénéficiaire n'a pas donné son consentement

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'initiative sur le consentement, vous devez communiquer avec le *Centre d'information sur le consentement des SSNA* au **1-888-751-5011**.

### EXIGENCES SPÉCIALES À L'ÉGARD DES SOUMISSIONS – DEMANDES DE PAIEMENT CONCERNANT LES NOURRISSONS

Les demandes de paiement pour les enfants âgés de moins d'un an n'ayant pas encore reçu leur propre numéro d'identification du bénéficiaire doivent être soumises avec l'identification d'un des parents sur un *Formulaire de demande de paiement pour ÉMFM des SSNA*.

Vous devez indiquer les renseignements suivants concernant l'enfant dans la partie supérieure du

*Formulaire de demande de paiement pour ÉMFM des SSNA* :

- Nom de famille
- Prénom(s)
- Date de naissance (JJ/MM/SSAA)

Vous devez indiquer les renseignements suivants concernant le parent dans la partie inférieure du *Formulaire de demande de paiement pour ÉMFM des SSNA* :

- Nom de famille
- Prénom(s)
- Date de naissance (JJ/MM/SSAA)
- Numéro d'identification du bénéficiaire ou numéro de la bande et de la famille

Veillez consulter la section 7.3 de la *Trousse d'information pour le fournisseur d'ÉMFM (TIFÉ) des SSNA* qui explique les exigences relatives aux demandes de paiement.

### FORMAT DE LA DATE SUR LES SOUMISSIONS DE DEMANDE DE PAIEMENT

Lorsque vous soumettez une demande de paiement, vous devez indiquer toutes les dates selon le format JJ/MM/SSAA (par exemple, le 21 juillet 2001 serait 21/07/2001). De cette façon, les demandes de paiement seront traitées avec exactitude et ne seront pas rejetées en raison d'une date erronée.

Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter la section 7.5 de la *Trousse d'information pour le fournisseur d'ÉMFM (TIFÉ) des SSNA* qui explique les éléments de données requis sur un *Formulaire de demande de paiement pour ÉMFM des SSNA*.

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LES ORDONNANCES

Veillez prendre note que les ordonnances soumises aux bureaux régionaux de la DGSPNI avec une demande d'autorisation préalable et celles gardées au dossier du bénéficiaire doivent contenir les renseignements obligatoires suivants :

- La date initiale de l'ordonnance originale (la date de la télécopie n'est pas acceptable)
- La signature du médecin traitant (telle qu'exigée dans le cadre du programme des SSNA)
- Le(s) prénom(s) et le nom de famille complets du bénéficiaire
- Le ou les article(s) prescrit(s) et la quantité

L'ordonnance originale doit être conservée dans les dossiers du bénéficiaire, car ces dossiers seront passés en revue lors de la vérification sur place de vos demandes de paiement. L'absence de l'ordonnance originale donnera lieu, lors de la vérification, à une demande pour rembourser le montant que vous avez reçu concernant l'ordonnance en question.

---

### **MISE À JOUR DE LA *TROUSSE D'INFORMATION POUR LE FOURNISSEUR D'ÉMFM (TIFÉ) DES SSNA***

La version mise à jour de la *Trousse d'information pour le fournisseur d'ÉMFM (TIFÉ) des SSNA* est maintenant disponible sur le site web du programme des SSNA à l'adresse URL suivante :

**[www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ssna](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ssna)**

Veuillez remplacer votre actuelle copie de la TIFÉ des SSNA avec la version mise à jour . Si vous ne possédez pas un accès Internet, veuillez communiquer avec le *Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA* de FCH au **1-888-471-1111**.

---

### **CHANGEMENT D'ADRESSE DU BUREAU RÉGIONAL DE LA DGSPNI POUR LA RÉGION DU YUKON**

Les coordonnées du bureau régional de la DGSPNI pour la région du Yukon ont été modifiées ainsi :

DGSPNI du Yukon  
Direction générale de la santé des Premières nations  
et des Inuits  
Santé Canada  
Édifice Elijah Smith  
300, rue Main, bureau 100  
Whitehorse, YT Y1A 2B5  
**1-867-667-3974**  
Télécopieur : **1-867-667-3999**

Cette mise à jour figure au verso du *Formulaire de demande de paiement pour ÉMFM des SSNA*, des lettres de confirmation d'autorisation préalable et du répertoire d'adresses ci-joint devant être inséré dans la *Trousse d'information pour le fournisseur d'ÉMFM (TIFÉ) des SSNA*.

Veuillez trouver ci-joint le répertoire d'adresses mis à jour pour votre *Trousse d'information pour le fournisseur d'ÉMFM (TIFE) des SSNA*. Veuillez remplacer le répertoire d'adresses existant par le nouveau.