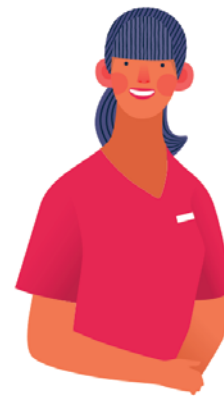




COMPRENDRE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

À L'INTENTION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ



CAOT - ACE

Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes



Association
chiropratique
canadienne



Canadian
Chiropractic
Association

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie



CANADIAN ASSOCIATION OF OPTOMETRISTS
ASSOCIATION CANADIENNE DES OPTOMÉTRISTES



Dietitians of Canada
Les diététistes du Canada



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA



CANADIAN
DENTAL
ASSOCIATION



SAC
OAC

Speech-Language & Audiology Canada
Orthophonie et Audiologie Canada
Communicating care | La communication à cœur

Cliquez sur chacune des sections ci-dessous pour en apprendre plus.

 <p>Partie 1 :</p> <p>Aperçu de l'assurance maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survol • Libellé du contrat ou du régime • Renseignements fournis aux participants • Renseignements fournis aux fournisseurs de soins de santé 	 <p>Partie 2 :</p> <p>Régimes d'avantages sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimes d'avantages sociaux classiques • Régimes d'avantages sociaux à la carte • Comptes de crédits-santé • Restrictions des régimes d'avantages sociaux 	 <p>Partie 3 :</p> <p>Terminologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demande de consultation émise par un professionnel de la santé autorisé • Autorisation préalable • Coordination des prestations • Réseaux de fournisseurs de soins privilégiés • Émission de reçus pour services et fournitures de soins de santé • Cession des prestations 	 <p>Partie 4 :</p> <p>Présentation des demandes de règlement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulaires imprimés • Émission de reçus • Présentation en ligne des demandes de règlement (transmission électronique) • Présentation en ligne par le participant • Présentation en ligne par le fournisseur de soins de santé • Médicaments d'ordonnance • Soins dentaires
 <p>Partie 5 :</p> <p>Admissibilité des fournisseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournisseurs admissibles – professions réglementées • Fournisseurs admissibles – professions non réglementées • Pratique provisoire, pratique supervisée et délégation de fonctions 	 <p>Partie 6 :</p> <p>Audit des fournisseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • But des audits de fournisseurs • Autorisation • Processus d'audit des fournisseurs • Fraude et abus 	 <p>Partie 7 :</p> <p>Divers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renseignements destinés aux fournisseurs de chaussures et d'orthèses de pied 	 <p>Partie 8 :</p> <p>Annexe</p>

Cliquez sur cette icône pour effectuer une recherche dans tout le document.





Survol

La prestation des soins de santé est la responsabilité conjointe des fournisseurs de soins de santé – optométristes, psychologues, audiologistes et autres – et des systèmes et

structures qui la soutiennent. Au Canada, les services des centaines de milliers de fournisseurs de soins de santé sont offerts en grande partie dans le secteur privé et ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie publics. Les Canadiens comptent souvent sur une assurance maladie complémentaire – obtenue dans le cadre de leur emploi ou souscrite à titre individuel – pour bénéficier des services de fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas pris en charge par l'État.

Les fournisseurs de soins de santé ont un devoir de diligence envers leurs patients et défendent souvent leurs intérêts. Pour traiter leurs patients efficacement, les fournisseurs de soins de santé doivent bien comprendre le contexte des soins de santé, notamment les modèles et les mécanismes des régimes d'assurance privés et publics. L'administration des régimes d'assurance maladie privés a considérablement évolué au cours des dernières années, tant au chapitre des services couverts par les régimes privés que des politiques et procédures de présentation et d'analyse des demandes de règlement (p. ex., la transmission électronique des demandes de règlement).

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) est une association sans but lucratif et à adhésion libre dont les membres représentent 99 p. cent de l'industrie des assurances de personnes au Canada. Elle a pour mission de répondre aux besoins diversifiés de ses membres et du public en matière d'assurance maladie. Les onze associations professionnelles suivantes se sont associées à l'ACCAP pour produire le présent document : la Société canadienne de psychologie, l'Association canadienne de physiothérapie, l'Association canadienne des ergothérapeutes, Orthophonie et Audiologie Canada,

l'Association des pharmaciens du Canada, Les diététistes du Canada, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, l'Association chiropratique canadienne, l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires et l'Association canadienne des optométristes.

Ce document a pour but d'aider les fournisseurs de soins de santé et leurs patients à comprendre le contexte dans lequel évolue le secteur privé de l'assurance maladie. Les fournisseurs doivent aider leurs patients à comprendre les services qu'ils reçoivent et le fonctionnement de leur régime d'assurance. Ce document a pour but d'informer, mais son contenu n'est pas exhaustif; il n'a aucune valeur légale. Les renseignements qu'il contient sont généraux; le lecteur doit noter que les régimes d'assurance ne sont pas tous identiques. Les patients doivent consulter leur livret explicatif pour obtenir des renseignements complets.

Dans le contexte de ce document, le terme « patient » peut désigner le participant – le plus souvent un employé – ou encore le conjoint ou un enfant à charge du participant.





Libellé du contrat ou du régime

L'assurance maladie complémentaire, aussi appelée assurance soins médicaux, est un produit d'assurance

conçu il y a de nombreuses années à titre de « complément » aux régimes d'assurance maladie provinciaux. Au fil des ans, les régimes publics ont réduit la couverture de certains services et produits; de plus, à mesure que les besoins en soins de santé et les services offerts ont évolué, l'assurance maladie complémentaire a exercé un rôle plus important pour faciliter l'accès aux soins.

Le contrat d'assurance lie le promoteur de régime – en général un employeur – et l'assureur. Il appartient en grande partie au promoteur de régime de déterminer la structure du régime et la couverture offerte, selon les avantages que l'employeur souhaite offrir et le prix qu'il est disposé à payer. Les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux aident les employeurs à mettre en place des régimes adaptés aux besoins de leur personnel et à leur milieu de travail.

Il est primordial de comprendre que l'analyse des demandes de règlement (c'est-à-dire la décision de verser une prestation, de rejeter la demande ou d'imposer des restrictions) est régie par le libellé du contrat passé entre l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux et l'employeur ou le promoteur de régime. Même si des assureurs ou des administrateurs d'avantages sociaux offrent des couvertures semblables, les différences dans le libellé des contrats peuvent se traduire par un traitement différent des demandes de règlement.

Renseignements fournis aux participants

Tous les participants, en général des employés, reçoivent un livret explicatif au moment de leur adhésion au régime de leur employeur. Les participants doivent examiner leurs garanties et, au besoin, communiquer avec l'administrateur du régime pour s'assurer qu'ils ont bien compris les dispositions du régime. Le livret

explicatif contient des renseignements généraux sur les services admissibles, les franchises, les pourcentages de remboursement et les maximums applicables. Il peut en outre indiquer si une autorisation préalable est exigée. Même si seul le participant reçoit la documentation sur le régime, les membres de sa famille peuvent aussi être admissibles. L'admissibilité est fonction du type de régime souscrit par le promoteur.

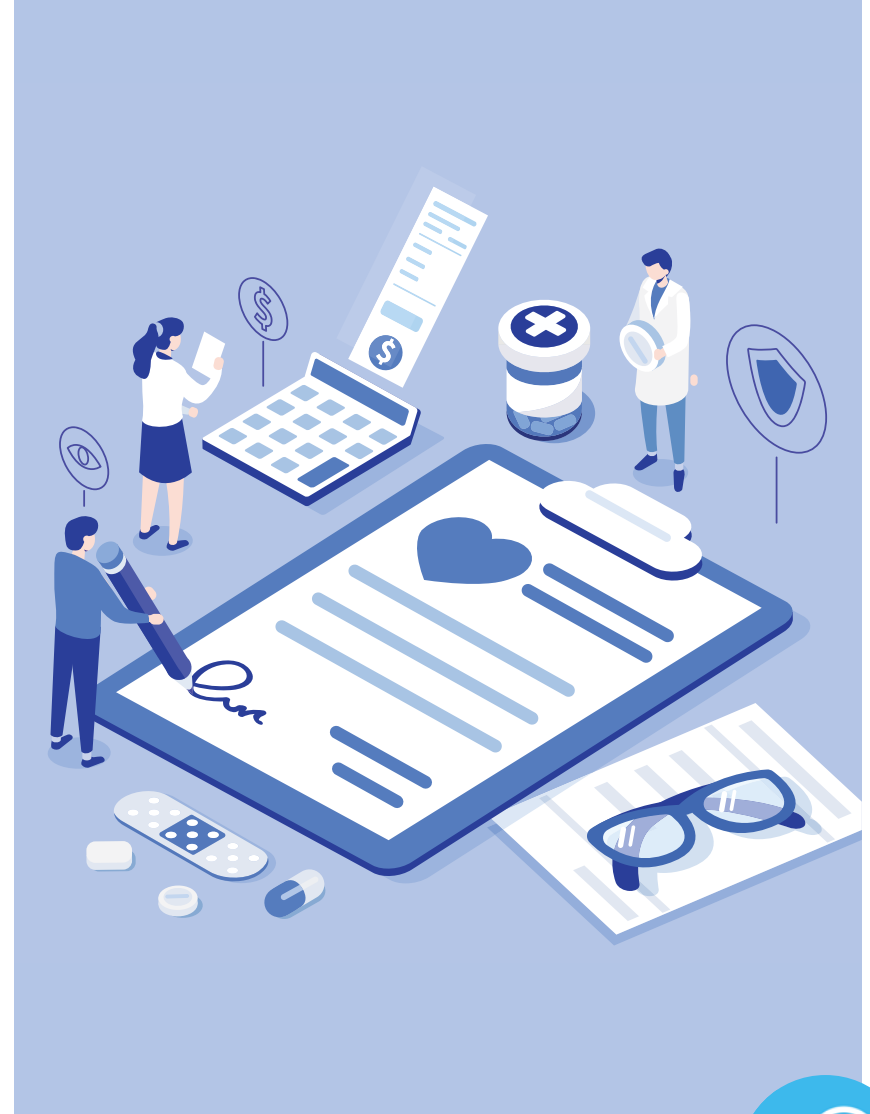
Il y a encore quelques années, tous les renseignements étaient fournis aux participants sur papier. Maintenant, non seulement l'information leur est transmise par voie électronique, mais aussi les participants ont généralement accès à des renseignements en temps réel dans un portail créé pour eux par leur assureur ou l'administrateur de leurs avantages sociaux. On trouve habituellement dans ces portails l'historique des prestations versées, les montants maximums et le solde des garanties. Les participants peuvent y accéder directement au moyen d'un navigateur Web et, dans bien des cas, à l'aide d'une application mobile. Les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux veillent à ce que les participants puissent consulter facilement et en temps réel les données dont ils ont besoin. Il est à noter que seul le participant a accès à ses renseignements dans le portail. De plus, les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux continuent de mettre à la disposition des participants et des fournisseurs, des centres de service ayant des heures d'ouverture étendues. En général, on fournit aussi aux participants une carte d'assurance sur laquelle figurent le numéro du régime ou du groupe, leur nom et leur numéro de participant. Cette carte peut aussi contenir des renseignements sur les personnes à charge admissibles. Habituellement en plastique ou en papier, elle est de plus en plus souvent offerte en format virtuel que le participant peut télécharger dans son téléphone mobile.





Renseignements transmis aux fournisseurs de soins de santé

Les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux ont mis en place des moyens pour répondre aux demandes de renseignements des fournisseurs de soins de santé. Selon le type de consentement accordé par le participant, certains assureurs et administrateurs d'avantages sociaux peuvent transmettre aux fournisseurs des renseignements sur les garanties, tandis que d'autres n'y sont pas autorisés. Si le fournisseur de soins de santé ne peut pas obtenir les renseignements voulus directement de l'assureur ou de l'administrateur, le participant peut les trouver en consultant le portail des participants ou en communiquant avec le centre de service. Il est à noter que seul le participant peut demander des renseignements sur sa couverture.





Tandis que les sociétés d'assurance peuvent offrir des régimes « standards », les promoteurs de régimes (les employeurs) peuvent choisir parmi différents types de régimes celui qui convient le mieux à leurs besoins et à ceux de leurs participants. Cette partie contient des renseignements sur les différentes formes de

régimes traditionnels et sur leurs limitations habituelles.

Régimes d'avantages sociaux classiques

En général, les régimes d'avantages sociaux classiques incluent une assurance médicaments, une assurance soins dentaires et une assurance maladie complémentaire. L'assurance maladie complémentaire couvre les soins de santé offerts par différents types de fournisseurs (physiothérapeutes, chiropraticiens, psychologues, etc.)

Régimes d'avantages sociaux à la carte

Les régimes « à la carte » permettent aux participants de choisir leur couverture dans une certaine mesure. Certains régimes offrent la possibilité de modifier le montant de la couverture ou la franchise de certaines garanties une fois tous les ans ou tous les deux ans.

Comptes de crédits-santé (CCS)

Les comptes de crédits-santé peuvent porter des noms différents, selon l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux qui les offre. Le promoteur attribue une somme d'argent au participant qui peut l'utiliser pour se procurer des produits et des services associés à la santé. Pour déterminer quels frais sont remboursables, la plupart des assureurs et des administrateurs d'avantages sociaux se basent sur la liste des services et des fournitures donnant droit au crédit d'impôt pour frais médicaux de l'Agence du revenu du Canada. Les CCS peuvent être offerts en plus d'un régime d'assurance maladie complémentaire classique ou à la place d'un tel régime.

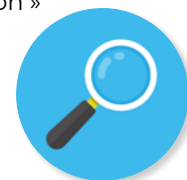
Étant donné que les CCS fonctionnent différemment des régimes d'avantages sociaux classiques, la possibilité de présenter les demandes de règlement par voie électronique est moins répandue. De plus, la plupart des CCS ne couvrent que les frais engagés par le participant (et pas ceux de ses personnes à charge).

Restrictions des régimes d'avantages sociaux

Presque tous les régimes d'avantages sociaux limitent à un montant maximum déterminé les prestations versées chaque année (année civile ou autre période de douze mois) au titre de certaines garanties. Dans la plupart des cas, les prestations versées relativement aux soins de chaque type de fournisseur sont soumises à un maximum annuel; par exemple, un montant maximum est fixé pour les honoraires d'un physiothérapeute, un autre pour les honoraires d'un chiropraticien et un autre pour les honoraires d'un psychologue. Dans d'autres cas, un seul maximum annuel s'applique à l'ensemble des services paramédicaux. Certains régimes imposent en outre un maximum viager par participant.

Souvent, les régimes d'assurance maladie complémentaire prévoient le remboursement d'un pourcentage déterminé des frais engagés. Par exemple, si le pourcentage d'assurance pris en charge par le régime est de 80 p. cent, le participant doit alors déboursier les 20 p. cent restants. Ce principe est appelé participation aux frais ou coassurance. Le régime peut inclure – ou l'assureur peut imposer – une franchise annuelle, c'est-à-dire un montant déterminé que le participant (et dans certains cas chacune de ses personnes à charge) doit déboursier avant d'avoir droit à des prestations. Certains régimes imposent une franchise pour chaque membre de la famille, d'autres une seule franchise par famille.

De nombreux assureurs et administrateurs d'avantages sociaux limitent le montant de la prestation versée « par consultation » à un maximum. Ce maximum est souvent basé sur le





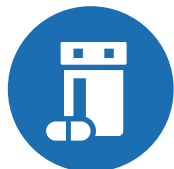
montant des honoraires jugés « raisonnables et habituels » pour le type de soins reçus. Si les frais engagés sont égaux ou inférieurs au maximum par consultation, le montant intégral est pris en considération au moment de l'analyse de la demande de règlement. Si les frais engagés sont

supérieurs au maximum, le montant pris en compte est ramené au maximum. (C'est ce qu'on appelle les « frais admissibles ».) Toute somme en sus du maximum est entièrement à la charge du patient. Le participant peut obtenir cette information, comme tous les autres renseignements concernant les dispositions du régime, auprès du promoteur du régime ou de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux.

La description des services et produits admissibles contenue dans le contrat du régime détermine quels frais sont remboursables. Ainsi, certains contrats prévoient le remboursement des « services de psychologie », alors que d'autres couvrent les « honoraires d'un psychologue ». Selon la formulation utilisée, les services offerts par d'autres fournisseurs semblables (p. ex. les travailleurs sociaux agréés) ou par des personnes travaillant sous la direction d'un psychologue peuvent être remboursables. (Voir la partie 5, Admissibilité des fournisseurs.) Étant donné que les demandes de remboursement sont la plupart du temps présentées par le participant, que les frais aient été engagés pour lui ou pour une de ses personnes à charge, il est important que les reçus fournis contiennent des renseignements détaillés – le service ou le produit fourni, le montant versé et la personne ayant fourni le service, surtout quand une partie ou la totalité des services ont été exécutés par une personne engagée par le fournisseur de soins de santé agréé. En d'autres termes, le reçu doit indiquer clairement le nom de la personne qui a effectivement fourni le service ou le produit et son numéro de permis ou d'agrément. Si cette personne n'est pas un fournisseur agréé ou autorisé mais a fourni le service ou le produit sous la supervision d'un fournisseur agréé ou autorisé, cette information doit aussi être indiquée sur le reçu.

Pour savoir si son régime d'assurance maladie complémentaire couvre les honoraires d'un type de fournisseur de soins de santé et quelles sont les restrictions applicables, le participant peut communiquer avec l'assureur ou consulter ses garanties en ligne. Dans certains cas, le fournisseur de soins de santé peut communiquer directement avec l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux. Si le régime ne couvre pas les services ou les produits offerts par un type de fournisseur, le professionnel en soins de santé consulté par le participant pourrait avoir l'obligation éthique d'informer ce dernier que son régime pourrait couvrir d'autres services ou produits semblables s'il se les procurait auprès d'un fournisseur appartenant à une catégorie admissible.





Demande de consultation émise par un professionnel de la santé autorisé

Les régimes d'assurance maladie complémentaire sont conçus pour aider à couvrir le coût des services et des produits nécessaires sur le plan médical. Ils n'ont pas pour but de couvrir l'ensemble des services et des produits qui ne sont pas assurés par le régime public. Pour déterminer si un service ou un produit est nécessaire sur le plan médical, certains régimes d'assurance maladie complémentaire exigent que le service ou le produit ait été recommandé ou prescrit par un fournisseur de soins de santé autorisé, en général un médecin. Les participants des régimes qui comportent une telle obligation peuvent être tenus de fournir une demande de consultation ou une ordonnance écrite à intervalles réguliers, par exemple tous les douze mois.

Les participants sont invités à se renseigner auprès de leur employeur ou promoteur de régime pour savoir s'il est nécessaire d'obtenir une ordonnance d'un médecin pour avoir droit au remboursement de certains services paramédicaux. Si c'est le cas, le participant devrait obtenir l'ordonnance avant de recevoir des services pour lesquels il compte demander un remboursement au titre du régime.

Autorisation préalable

Il est recommandé d'obtenir une autorisation préalable avant de se procurer certains appareils coûteux, par exemple les appareils orthopédiques, les fauteuils roulants et les appareils auditifs car, en plus d'une ordonnance, d'autres documents peuvent être exigés afin de confirmer entre autres la marque et le modèle du produit. De plus, le montant des frais remboursables peut être limité au montant des frais « raisonnables et habituels ».

Même s'il n'est généralement pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour tous les services et produits, la demande de règlement

doit contenir des renseignements suffisamment détaillés pour qu'elle puisse être analysée correctement. (Voir la rubrique « Émission de reçus pour services et produits de soins de santé ».)

L'autorisation préalable aide le participant à déterminer, avant d'engager les frais, si ceux-ci seront couverts et s'il devra en assumer une partie.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est nécessaire quand une personne est admissible à des prestations au titre de deux régimes distincts. L'ACCAP a émis à l'intention du secteur des assurances soins médicaux et soins dentaires une Ligne directrice visant à uniformiser la méthode utilisée pour déterminer l'ordre dans lequel les prestations sont versées et à définir le montant minimum payable au titre de chaque régime. La Ligne directrice décrit l'ordre de détermination des prestations et la méthode de coordination des prestations des régimes d'assurance soins médicaux et soins dentaires.

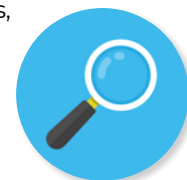
La somme des prestations versées par tous les régimes en remboursement d'un article ne peut pas être supérieure à 100 % des frais admissibles. Dans certains cas, la somme des prestations peut être inférieure au montant des frais engagés.

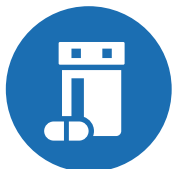
Pour afficher la Ligne directrice de l'ACCAP relative à la coordination des prestations, [cliquez ici](#) ou allez sur le site www.accap.ca et cliquez sur l'onglet L'industrie.

Réseaux de fournisseurs de soins privilégiés*

Certains assureurs et administrateurs d'avantages sociaux ont établi des liens contractuels avec des réseaux de fournisseurs de soins privilégiés. Dans certains cas, ces réseaux sont « fermés »; autrement dit, le patient doit choisir parmi un réseau de fournisseurs de soins désignés, sinon les frais engagés ne lui sont pas remboursés. Dans

* Ne s'applique pas au Québec.





d'autres cas, ces réseaux sont « ouverts » et le patient peut utiliser un fournisseur qui ne fait pas partie du réseau, mais les frais remboursés peuvent alors être moins élevés. Par exemple, il se peut que le pourcentage de remboursement soit de 80 p. cent en ce qui concerne les frais engagés auprès des membres du réseau de fournisseurs privilégiés

et de 50 p. cent pour ceux engagés auprès d'autres fournisseurs.

Les assureurs et administrateurs d'avantages sociaux créent un réseau de fournisseurs de soins privilégiés pour mieux gérer les coûts des régimes et réduire les sommes que les participants doivent déboursier. Ils peuvent aussi utiliser ces réseaux pour offrir aux participants des garanties supplémentaires, par exemple des programmes de mieux-être.

Si un fournisseur de soins de santé souhaite se joindre à un réseau de fournisseurs privilégiés, il doit communiquer avec l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux ou le siège social du réseau en question pour savoir s'il peut le faire. Le cas échéant, il est important qu'il comprenne les conditions de l'entente (notamment les taux de remboursement et les informations à produire).

Émission de reçus pour services et produits de soins de santé

L'ACCAP a publié un document de référence intitulé « **Informations à saisir sur les reçus servant au remboursement de services ou de biens médicaux au titre d'une garantie collective** », dans le but d'aider les fournisseurs de soins de santé et les participants à comprendre quels renseignements ils doivent fournir pour qu'une demande de règlement puisse être traitée. Pour consulter ce document, [cliquez ici](#) ou allez sur le site www.accap.ca et cliquez sur l'onglet L'industrie.

Aucun reçu ne doit être émis avant que le patient n'ait reçu et payé le service ou le produit, et l'information indiquée concernant le service ou le produit doit toujours être exacte.

Cession des prestations

Le participant peut demander que le remboursement auquel il a droit à l'égard des produits ou des services reçus soit versé directement au fournisseur de soins de santé. Il appartient à chaque assureur, et même à chaque promoteur de régime, d'autoriser ou non la cession des prestations et, le cas échéant, de déterminer pour quels types de garanties et de fournisseurs de soins de santé la cession des prestations est autorisée.

La cession des prestations peut être permise quand la demande de règlement est transmise par voie électronique du fournisseur de soins à l'assureur ou à l'administrateur d'avantages sociaux. La plupart des assureurs et des administrateurs d'avantages sociaux n'autorisent la cession des prestations dans aucun autre cas (mais certains l'autorisent quand le montant de la demande de règlement est supérieur à un certain montant, par exemple 1 000 \$).

Si l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux ne rembourse pas la totalité des frais engagés, alors le fournisseur de soins de santé doit demander au participant de lui payer la différence. Si une prestation est versée par erreur au fournisseur de soins de santé, celui-ci devra la rembourser.

La cession des prestations ne modifie en rien les obligations du participant. Celui-ci doit veiller à ce que la demande de règlement présentée concorde avec les services fournis et il a la responsabilité de s'assurer que les honoraires du fournisseur de soins de santé soient réglés en totalité.

Si un fournisseur de soins de santé accepte la cession des prestations, il n'est pas plus susceptible de faire l'objet d'un audit de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux. L'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux peut mettre fin, à son gré, à la cession des prestations.





Formulaires imprimés :

Les employés peuvent généralement obtenir les formulaires de demande de règlement auprès du service des Ressources humaines ou de leur délégué syndical. Habituellement, ils peuvent aussi

les trouver en ligne dans le site de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux, puis les télécharger et les imprimer. Les formulaires génériques de demande de règlement d'assurance dentaire fournis par les dentistes sont acceptés.

Pour que les frais soient remboursés sans délai, le formulaire de demande de règlement doit être rempli au complet, signé et daté, et les reçus pertinents doivent y être joints. De nombreux assureurs et administrateurs d'avantages sociaux exigent des reçus originaux, sauf dans les cas de coordination des prestations; les photocopies sont alors acceptées. On recommande aux participants de conserver des copies de tous les documents fournis. Les formulaires de demande de règlement doivent être signés par le participant, même s'il n'est pas le patient (par exemple, si le patient est le conjoint ou un enfant à charge du participant).

En général, les participants qui transmettent leurs demandes de règlement au moyen d'un formulaire imprimé doivent remplir le formulaire, y joindre tous les documents requis et envoyer le tout à l'assureur ou à l'administrateur d'avantages sociaux pour obtenir un remboursement; cependant, certains fournisseurs de soins de santé qui traitent souvent des patients assurés par le même assureur peuvent remplir les demandes de règlement des participants en leur nom, à titre de service. Les fournisseurs de soins de santé qui offrent un tel service ne doivent pas demander aux participants de signer des formulaires de demande de règlement avant d'avoir fourni les services visés.

La plupart des régimes fixent un délai maximal pour présenter les demandes de règlement, par exemple douze mois après la date à laquelle le service a été reçu. Les demandes présentées après l'expiration de ce délai peuvent être refusées. Si un employeur décide

de changer d'assureur ou d'administrateur d'avantages sociaux, le délai de présentation des demandes de règlement peut être abrégé, par exemple à 60 jours. L'employeur est chargé d'informer ses employés d'un tel changement. Quand un employé change d'employeur – et par conséquent de régime d'avantages sociaux –, il lui incombe de bien comprendre les dispositions de son nouveau régime.

Émission de reçus

Les fournisseurs doivent émettre un reçu pour les services et les produits qu'ils fournissent et pour lesquels le patient est censé payer, peu importe que le patient bénéficie ou non d'une assurance couvrant ces frais. Par exemple, si un fournisseur effectue un traitement d'une heure tarifé à 50 \$ l'heure, cette information doit être indiquée sur le reçu même si le régime du participant ne rembourse que 80 p. cent de cette somme. Le fournisseur ne doit pas majorer le montant du reçu par rapport à son tarif habituel dans le but de permettre au participant de recevoir le remboursement de la totalité des frais engagés alors que le régime n'en couvre qu'une partie. Une telle pratique peut entraîner le dépôt d'une plainte à l'organisme de réglementation dont relève le fournisseur de soins de santé.

Étant donné que les services et les produits sont généralement payés directement par le patient qui en demande ensuite le remboursement, il est fortement recommandé aux fournisseurs d'indiquer clairement sur leurs reçus les renseignements demandés, notamment le type de service fourni, la personne qui a fourni le service ainsi que le tarif ou le coût du service. Cette façon de faire permet d'éviter qu'un participant reçoive par erreur le remboursement de frais qui ne sont pas admissibles, parce que les renseignements figurant sur le reçu ne sont pas exacts. Par exemple, s'il n'est pas précisé sur le reçu que le service a été en partie fourni par une autre personne que le fournisseur autorisé, possiblement une personne engagée ou supervisée par le fournisseur, et le régime ne couvre pas les services exécutés par une autre personne que le fournisseur, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux pourrait exiger que le fournisseur ayant émis le reçu lui rembourse la prestation versée par erreur.





Les renseignements suivants doivent être clairement indiqués sur les reçus : le nom du fournisseur qui a exécuté le service, les numéros de permis ou d'agrément pertinents, l'adresse des bureaux du fournisseur et toute autre information nécessaire à l'analyse de la demande de règlement.

L'ACCAP a publié des recommandations sur les informations que les fournisseurs doivent indiquer sur leurs reçus. Veuillez consulter le document intitulé [« Informations à saisir sur les reçus servant au remboursement de services ou de biens médicaux au titre d'une garantie collective »](#).

Présentation en ligne des demandes de règlement (transmission électronique) :

a) Présentation en ligne par le participant

La plupart des assureurs et des employeurs mettent à la disposition des participants un site Web qui leur permet de présenter en ligne certains types de demandes de règlement et aussi de mettre à jour certains renseignements personnels. Les participants peuvent généralement trouver dans ces sites des formulaires de demande de règlement, leur livret explicatif et d'autres documents d'information, les montants maximums de leur couverture et l'historique de leurs demandes de règlement.

b) Présentation en ligne par le fournisseur de soins de santé

Certains assureurs et employeurs permettent à des fournisseurs de soins de santé de présenter en ligne les demandes de règlement relatives aux services et produits qu'ils offrent. La fonction de présentation en ligne des demandes de règlement permet de confirmer sur-le-champ l'admissibilité des frais. Le fournisseur peut accepter d'être payé directement par l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux; le participant doit alors régler la partie des frais qui n'est pas couverte par le régime.

Diverses raisons peuvent empêcher l'analyse des demandes de règlement en ligne. En pareil cas, le système de présentation des demandes de règlement en ligne émet un message pour en indiquer la raison.

Les fournisseurs de soins de santé qui présentent des demandes de règlement en ligne doivent bien connaître le fonctionnement de la coordination des prestations entre régimes (voir la rubrique Coordination des prestations). En règle générale, si le participant est assuré par deux régimes et les deux régimes sont établis par le même assureur ou administrateur d'avantages sociaux, la demande ne doit être présentée qu'une seule fois. Si les deux régimes sont établis par des assureurs ou des administrateurs d'avantages sociaux différents, il appartient alors au patient de présenter une demande de règlement au titre du deuxième régime pour obtenir le remboursement du reste des frais engagés.

Il peut arriver que certains types de fournisseurs de soins de santé ne soient pas autorisés à présenter des demandes de règlement en ligne. Les fournisseurs doivent se renseigner auprès de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux.

c) Médicaments d'ordonnance (régimes permettant la présentation des demandes en ligne)

La fonction de présentation en ligne des demandes de règlement permet au pharmacien de confirmer sur-le-champ l'admissibilité des médicaments. Dans la plupart des cas, le participant doit payer la partie des frais qui n'est pas prise en charge par le régime.

Diverses raisons peuvent empêcher l'analyse des demandes de remboursement de médicaments en ligne. En général, le système envoie un message électronique à la pharmacie pour en indiquer la raison.

d) Soins dentaires (régimes permettant la présentation des demandes en ligne)





La fonction de présentation en ligne des demandes de règlement permet au cabinet du dentiste de transmettre la demande au nom du participant. Selon le régime, le dentiste peut recevoir sur-le-champ la confirmation du montant des frais couverts.

Le dentiste peut accepter d'être payé directement par l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux (voir la rubrique « Cession des prestations »); le participant doit alors régler la partie des frais qui n'est pas couverte par le régime. Le dentiste peut demander que la prestation soit entièrement versée au participant; ce dernier doit alors payer la totalité des honoraires du dentiste.

Diverses raisons peuvent empêcher l'analyse des demandes de règlement de soins dentaires en ligne. En général, le système envoie un message électronique au cabinet du dentiste pour en indiquer la raison.





Fournisseurs admissibles – professions réglementées

Les régimes d'assurance maladie complémentaire couvrent habituellement les services des

fournisseurs de soins de santé qui exercent une profession réglementée par la province ou le territoire. Quand une profession est réglementée, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux vérifie si le fournisseur de soins de santé est inscrit auprès de l'organisme de réglementation qui régit la profession et s'il est en règle avec l'organisme.

Quand une profession est réglementée, l'organisme de réglementation a la responsabilité de s'assurer que tous les fournisseurs sont adéquatement formés et qualifiés. Quand une profession est réglementée, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux n'a aucune vérification supplémentaire à faire, sauf entre autres dans les situations suivantes :

- quand il faut établir si le fournisseur a suivi une formation supplémentaire qui n'est pas obligatoire pour obtenir le permis ou l'agrément ou
- quand des doutes sont soulevés et qu'il faut vérifier si le fournisseur de soins de santé est en règle avec l'organisme de réglementation de sa profession.

Si un assureur ou un administrateur d'avantages sociaux a des doutes ou des plaintes au sujet des activités d'un fournisseur de soins de santé autorisé, par exemple s'il le soupçonne d'avoir des activités frauduleuses, il peut en informer l'organisme de réglementation concerné.

Les fournisseurs doivent savoir que le seul fait d'être un fournisseur de soins de santé agréé ou autorisé ne signifie pas nécessairement que tous ses services sont automatiquement couverts par les régimes d'assurance maladie complémentaire. Les types de

fournisseurs admissibles sont généralement stipulés dans le contrat. Les promoteurs de régime peuvent décider d'exclure certains types de fournisseurs de soins de santé de la couverture de leur régime, que la profession soit nouvellement réglementée ou qu'elle soit réglementée de longue date.

Fournisseurs admissibles – professions non réglementées

Les professions du secteur des soins de santé ne sont pas toutes réglementées dans chaque province et territoire du Canada. En effet, certaines professions sont organisées à l'échelle provinciale et d'autres à l'échelle nationale et ont formé des associations dont les conditions d'adhésion peuvent varier grandement.

En ce qui concerne l'admissibilité des services des fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas réglementés, la plupart des assureurs et des administrateurs d'avantages sociaux fixent leurs propres critères. Si un assureur ou un administrateur d'avantages sociaux estime que les conditions d'adhésion d'une association professionnelle ne respectent pas les critères qu'il a fixés, les services et les produits fournis par les membres de cette association ne sont pas couverts.

Comme il est possible de déposer une plainte à l'égard d'un fournisseur de soins de santé réglementé auprès de l'organisme de réglementation, il est possible dans le cas des fournisseurs non réglementés de porter plainte auprès de l'association dont ils sont membres.

Il appartient au participant de vérifier auprès de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux si les services ou les produits d'un fournisseur de soins de santé sont admissibles avant d'engager les frais.

Les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux peuvent vérifier périodiquement les attestations des fournisseurs de soins de santé (réglementés et non





réglementés) afin de s'assurer qu'elles sont toujours valables; ils peuvent aussi réévaluer les fournisseurs non réglementés et leurs associations afin d'établir si leurs services doivent demeurer admissibles. Les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux peuvent

soumettre à un audit les prestations versées pour les services des fournisseurs de soins de santé réglementés et non réglementés.

Pratique provisoire, pratique supervisée et délégation de fonctions

Certains assureurs et administrateurs d'avantages sociaux couvrent les services et les produits offerts par des fournisseurs de soins de santé qui ont rempli ou sont en voie de remplir les conditions d'agrément de leur organisme de réglementation. Les personnes qui détiennent un permis provisoire ne doivent pas utiliser le numéro de permis du fournisseur de soins de santé qui les supervise lorsqu'elles facturent leurs services; elles doivent facturer directement les services et les produits qu'elles offrent. Si le reçu est émis par le fournisseur qui supervise le fournisseur provisoire, il doit indiquer clairement que le service a été exécuté par le fournisseur qui détient un permis provisoire.

Les services exécutés par des étudiants sous la supervision d'un fournisseur autorisé ne sont généralement pas admissibles. Les fournisseurs sont invités à se renseigner au préalable auprès de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux.

Dans l'exercice de leur profession, certains fournisseurs de soins de santé délèguent une partie de leurs fonctions à une autre personne (orthophonistes adjoints, physiothérapeutes adjoints, psychomètres, etc.). Même si les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux comprennent que l'étendue des tâches justifie cette pratique, certains régimes exigent que les services et les produits soient fournis directement par le fournisseur autorisé

pour que les frais soient admissibles. Les fournisseurs de soins de santé sont invités à se renseigner directement auprès de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux ou à demander des précisions au patient.





Bien que les fournisseurs fassent rarement l'objet d'un audit, les circonstances de ces audits sont expliquées dans cette partie. La plupart des assureurs et administrateurs d'avantages sociaux effectuent une certaine forme d'audit. Ils demandent alors aux

fournisseurs de soins de santé de leur fournir des renseignements et ils peuvent dans certains cas faire un audit sur place. Les audits peuvent être faits avant le versement de la prestation ou après.

But des audits de fournisseurs

Les audits sont généralement effectués dans le cadre des activités normales et non en raison d'une irrégularité réelle ou possible; ils visent à améliorer les méthodes de présentation des demandes de règlement. Les audits ont pour but de confirmer que les services ont été fournis au patient et que les frais sont admissibles selon les dispositions du contrat.

Le fournisseur qui reçoit un avis d'audit n'est pas nécessairement soupçonné d'avoir présenté des demandes de règlement injustifiées. Cependant, il peut arriver qu'un audit soit fait parce que l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux a des doutes au sujet d'une ou des demandes de règlement d'un assuré ou des demandes d'un fournisseur en particulier. Si l'audit vise les demandes d'un assuré, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux peut demander au fournisseur de soins de santé de confirmer les services ou les produits fournis au patient en question et les dates auxquelles ils ont été fournis. On peut aussi demander à un fournisseur de donner des précisions sur le dossier d'un patient afin de confirmer la nécessité du service ou du produit et la date à laquelle il a été fourni au patient. Il est entendu que le fournisseur de soins de santé doit obtenir l'autorisation du patient avant de transmettre des renseignements à son sujet.

Autorisation

Pour pouvoir traiter les demandes de règlement de manière efficace, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux demande toujours au participant d'autoriser l'échange de renseignements à son sujet entre le fournisseur de soins de santé et l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux. Cette autorisation peut être donnée de diverses façons, notamment :

en signant l'autorisation contenue dans le formulaire de demande de règlement, si la demande de remboursement est transmise par le participant au moyen d'un formulaire imprimé;

en signant un formulaire d'autorisation conservé par le fournisseur de soins de santé, si la demande de règlement est transmise électroniquement par le fournisseur au nom du patient;

en ligne sur le site Web de l'assureur ou de l'administrateur d'avantages sociaux, si la demande de règlement est transmise électroniquement par le participant.

Il incombe à l'assureur ou à l'administrateur d'avantages sociaux de s'assurer que l'autorisation appropriée du demandeur a été obtenue et versée au dossier, et qu'elle a été transmise au fournisseur de soins de santé qui en a accusé réception, afin que celui-ci puisse transmettre le dossier du patient à l'assureur ou à l'administrateur d'avantages sociaux s'il en fait la demande. Dans certains cas, les normes de la profession exigent que le dossier soit transmis au patient pour qu'il le transmette à son tour à l'assureur ou à l'administrateur d'avantages sociaux.

Processus d'audit des fournisseurs

Quand un assureur ou un administrateur d'avantages sociaux demande à un fournisseur de soins de santé de lui transmettre des renseignements dans le cadre d'un audit, il demande





généralement que les renseignements lui soient fournis dans un délai déterminé afin que l'audit puisse être effectué promptement. Le délai habituellement accordé pour fournir les documents demandés est de trois semaines. En général, on demande au fournisseur le dossier du

patient ou le compte rendu du traitement concernant le service ou le produit visé, mais on peut aussi lui demander d'autres documents, par exemple la demande de consultation du médecin (si elle est obligatoire), l'inscription du patient au livre de rendez-vous ou tout autre document associé au service ou au produit fourni.

Les audits peuvent prendre différentes formes : une demande de renseignements signifiée par écrit, une demande de renseignements ou de clarifications faite par téléphone ou encore l'examen en personne des dossiers du fournisseur de soins de santé à ses bureaux. En règle générale, un préavis est donné au fournisseur et la date est fixée d'un commun accord.

Le fait de ne pas donner suite à une demande de renseignements à des fins d'audit peut entraîner les conséquences suivantes :

- l'allongement du délai de traitement des demandes de règlement futures;
- la demande de documents justificatifs détaillés pour appuyer les demandes de règlement futures;
- le rejet des demandes de remboursement présentées.

Comme il est mentionné plus haut, certaines pratiques – en particulier celles associées à la facturation – peuvent être soumises à un audit à la suite duquel l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux peut exiger le remboursement des prestations versées et déposer une plainte à l'organisme de réglementation ou de certification.

Voici quelques exemples de pratiques susceptibles d'entraîner un audit ou une demande de remboursement :

- inclure dans le montant de la facture la part des frais qui doit être prise en charge par le participant et que le fournisseur n'a pas l'intention de faire payer au participant;
- facturer un service qui n'a pas été fourni directement par le fournisseur autorisé sans indiquer qu'il n'a pas été fourni par lui (par exemple, si le service a été fourni par une personne engagée ou supervisée par le fournisseur autorisé);
- faire signer une demande de règlement par le participant avant que celui-ci ait reçu le service ou le produit.

Fraude et abus

Les assureurs, les administrateurs d'avantages sociaux, les employeurs, les autorités de réglementation des soins de santé, les associations de fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de soins de santé conviennent que la fraude et l'abus visant les régimes d'avantages sociaux sont inacceptables. La fraude et l'abus font augmenter le coût des régimes d'assurance maladie et peuvent amener les employeurs à remettre en question le financement de soins de santé supplémentaires.





Renseignements destinés aux fournisseurs de chaussures et d'orthèses de pied

Pour consulter ce document, [cliquez ici](#) ou allez sur le site www.accap.ca et cliquez sur l'onglet L'industrie.

Afin d'aider les fournisseurs de soins de santé, les participants et les employeurs, les sociétés membres de l'ACCAP ont produit un document de référence contenant des renseignements généraux sur les questions suivantes :

- la terminologie généralement utilisée pour décrire les chaussures et les orthèses de pied;
- les renseignements habituellement demandés par les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux pour évaluer les demandes de remboursement de chaussures et d'orthèses de pied.





Liens menant aux documents cités :

- [Guide sur la coordination des prestations](#)
- [Glossaire de termes d'assurance](#)
- [Guide sur l'assurance maladie complémentaire](#)
- [Informations à saisir sur les reçus servant au remboursement de services ou de biens médicaux au titre d'une garantie collective](#)
- [Lutte antifraude dans les soins de santé](#)

