

L'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments



Guide pour le traitement des consultations de physiothérapie des bénéficiaires de l'aide sociale

En quoi consiste l'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments?

En quoi consiste l'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments? 3

Date de mise en œuvre complète3

Coordonnées en cas de questions liées à la carte virtuelle d'assurance-médicaments.....4

En quoi consisteront les changements pour les fournisseurs de services? 4

Instructions.....4

Autre preuve d'admissibilité4

Service de vérification concernant l'aide sociale5

Comment soumettre les demandes de remboursement?6

Exigences en matière de documentation et de vérification7

En quoi consiste l'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments?

Le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) améliore la prestation des services aux bénéficiaires de l'aide sociale en leur permettant d'utiliser leur carte Santé de l'Ontario plutôt qu'une carte mensuelle papier d'assurance-médicaments pour avoir accès à l'assurance-médicaments en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO).

S'inscrivant dans la modernisation de la prestation des services d'aide sociale, l'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments compte parmi les efforts du MSSC pour aller dans le sens d'un environnement essentiellement sans papier.

Ce changement s'appliquera à tous les bénéficiaires :

- du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), qui inclut l'Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG);
- du programme Ontario au travail (OT), qui inclut l'Aide pour soins temporaires (AST).

Remarque : Les clients des Premières Nations qui bénéficient de prestations au titre du POSPH et la Première Nation de M'Chigeeng sont concernés.

Rien ne change pour les bénéficiaires servis par des administrateurs du programme Ontario au travail issus des Premières Nations n'utilisant pas le Système automatisé de gestion de l'aide sociale (SAGAS). Ils continueront de recevoir une carte mensuelle papier d'assurance-médicaments jusqu'à nouvel ordre.

Les personnes bénéficiant de prestations au titre d'un des programmes susmentionnés utilisent également la carte papier d'assurance-médicaments pour avoir accès aux services de physiothérapie. Les critères d'admissibilité n'ont pas changé concernant la prestation de ces services.

À compter du 1^{er} décembre 2016, les bénéficiaires de l'aide sociale ne recevront plus de carte mensuelle papier d'assurance-médicaments. Dans les cas où les bénéficiaires de l'aide sociale n'ont pas droit à la carte Santé de l'Ontario, ils continueront de recevoir une carte papier d'assurance-médicaments pour avoir accès aux prestations pour services de santé.

Les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public (ci-après les « fournisseurs de services ») auront besoin d'un autre moyen de confirmer l'admissibilité à l'aide sociale lorsqu'ils fourniront les services.

Remarque : Pour faciliter la transition vers la nouvelle approche, les fournisseurs de services peuvent accepter les cartes papier d'assurance-médicaments délivrées en novembre 2016 comme preuve d'admissibilité des bénéficiaires de l'aide sociale pendant le mois de décembre.

Les questions spécifiquement liées à l'Initiative de carte virtuelle d'assurance-médicaments doivent être adressées par courriel au MSSC, à l'adresse SASM-Q&A@ontario.ca.

En quoi consisteront les changements pour les fournisseurs de services, le 1^{er} décembre 2016?

En l'absence de carte papier d'assurance-médicaments, les fournisseurs de services utiliseront d'autres modes de validation de l'admissibilité des bénéficiaires de l'aide sociale au remboursement de services de physiothérapie. Ces derniers peuvent présenter différentes formes de preuve d'admissibilité, notamment :

- un Relevé des prestations d'aide sociale pour le mois concerné;
- une carte mensuelle papier d'assurance-médicaments.

Lorsqu'un ou une bénéficiaire de l'aide sociale ne présente aucune des formes de preuve d'admissibilité susmentionnées, les fournisseurs de services peuvent **appeler sans frais le Service de vérification concernant l'aide sociale (VAS) au 1 888 284-3928, de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi (hors jours fériés)**.

Dans certains cas, le client ou la cliente peut obtenir une Attestation d'admissibilité auprès de son chargé ou de sa chargée de cas.

Remarque : La façon dont l'admissibilité au remboursement des services de physiothérapie est déterminée **ne change pas** : une personne qui est admissible au moment de son évaluation est admissible pour toute la durée de son épisode de soins, compte non tenu des changements liés à son admissibilité à l'aide sociale.

Instructions

Voici les autres formes de preuve d'admissibilité que les clients peuvent présenter pour bénéficier des services :

1. Relevé des prestations

Tous les bénéficiaires reçoivent un Relevé mensuel des prestations pouvant être utilisé pour vérifier leur admissibilité pour le mois concerné. Dans la mesure où les conjoints et les personnes à charge ne figurent pas sur le Relevé des prestations, l'admissibilité de ces membres du groupe de prestataires peut être vérifiée en appelant le Service de VAS.

2. Carte papier d'assurance-médicaments

Il est possible de suivre le processus actuel lorsqu'un client ou une cliente présente une carte papier d'assurance-médicaments. Les bénéficiaires suivants continueront de recevoir une carte papier d'assurance-médicaments :

- Bénéficiaires de l'aide sociale qui n'ont pas droit à la carte Santé de l'Ontario.
- Bénéficiaires servis par des administrateurs du programme Ontario au travail issus des Premières Nations n'utilisant pas le Système automatisé de gestion de l'aide sociale (SAGAS).

3. Service de vérification concernant l'aide sociale

Si une personne ne présente pas d'autre preuve d'admissibilité, les fournisseurs de services doivent appeler le Service de VAS.

Le Service de VAS est un centre d'appels entrants administré par la province. Il est administré par des préposés qui ont accès aux renseignements sur les dossiers de l'aide sociale et peuvent confirmer le statut d'admissibilité d'un client ou d'une cliente à des appelants autorisés.

Le Service de VAS fournira au fournisseur de services un numéro de confirmation à la fin de l'appel.

Les heures d'ouverture du Service de VAS sont les suivantes : **de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi (hors jours fériés).**

*Les heures d'ouverture sont fonction de la disponibilité de la technologie de l'aide sociale. Cette dernière peut également être périodiquement indisponible durant les heures de bureau à des fins de maintenance et pour une durée limitée. Des avis seront diffusés par le Service de VAS.

Comment s'identifier?

Lorsque les fournisseurs de services appellent le Service de VAS durant les heures d'ouverture, ils doivent confirmer leur identité en fournissant les renseignements suivants :

- Nom de la clinique de physiothérapie communautaire financée par le secteur public
- Numéro personnel d'identification (NIP) à huit (8) chiffres dans le système interactif de réponse vocale (SIRV), attribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) au moment où la clinique de physiothérapie a reçu son numéro de fournisseur lui permettant de faire ses déclarations grâce au Transfert électronique des demandes de règlement pour services médicaux (TED SM).

Les personnes qui appellent doivent s'identifier avec certitude en fournissant correctement leur NIP SIRV à huit chiffres.

Remarque : Les fournisseurs de services ayant oublié leur NIP SIRV ou n'en ayant pas doivent communiquer avec le service d'assistance de l'InfoCentre pour le soutien aux services au 1 800 262-6524 ou par courriel à l'adresse SSContactCentre.MOH@ontario.ca.

Quels sont les renseignements exigés par le Service de VAS?

Une fois que la personne qui appelle a été identifiée avec certitude et validée par le Service de VAS, un préposé ou une préposée lui demandera les renseignements suivants, qui seront ensuite utilisés pour chercher un client ou une cliente dans le Système automatisé de gestion de l'aide sociale (SAGAS) :

- ID de membre du ou de la bénéficiaire (si fourni par le client ou la cliente)
- Prénom et nom de famille du ou de la bénéficiaire
- Date de naissance du ou de la bénéficiaire

En règle générale, seuls le prénom, nom de famille et date de naissance du ou de la bénéficiaire sont exigés. À l'occasion, le préposé ou la préposée du Service de VAS pourra exiger l'adresse du ou de la bénéficiaire pour distinguer plusieurs bénéficiaires ayant le même nom et la même date de naissance.

Que faire si l'admissibilité ne peut être confirmée par le Service de VAS?

Si le Service de VAS n'est pas en mesure de confirmer l'admissibilité d'un client ou d'une cliente à la personne qui appelle, cette dernière doit :

- informer le client ou la cliente que son admissibilité n'a pas été confirmée pour la période visée;
- recommander au client ou à la cliente de communiquer avec son bureau local pour régulariser sa situation.
 - Dans certains cas, le client ou la cliente peut obtenir une Attestation d'admissibilité auprès de son chargé ou de sa chargée de cas.

Comment soumettre les demandes de remboursement?

Le mode de soumission des codes de consultation concernant la prestation de services de physiothérapie communautaires financés par le secteur public fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale possédant une carte Santé de l'Ontario valide grâce au TED SM ne change pas. Les codes de consultation seront soumis de manière habituelle, en utilisant le code de consultation adéquat.

Selon le processus actuel, dans le cas d'une clinique de physiothérapie, les codes de consultation doivent être soumis dans les deux mois suivant la date de la prestation.

Codes de facturation des services de physiothérapie offerts dans les cliniques de physiothérapie financées par le secteur public :

V845A – Clinic visit – Congregate setting - ODSP/OW recipient (rendez-vous en clinique – environnement collectif – bénéficiaire du POSPH/programme OT)
V849A – Clinic visit – ODSP/OW recipient (rendez-vous en clinique – bénéficiaire du POSPH/programme OT)
V842A – Clinic visit – Discharge (rendez-vous en clinique – mise en congé)
V850A – Clinic visit – Self-Discharge (rendez-vous en clinique – mise en congé volontaire)

Exigences en matière de documentation et de vérification

Le MSSLD est susceptible d'exiger que les fournisseurs de services fournissent une preuve que l'admissibilité du ou de la bénéficiaire à l'aide sociale au remboursement a été établie, lorsqu'une consultation est rejetée avec le message d'erreur « EPS – Patient Not Eligible for Program » (patient ou patiente non admissible au programme) par le TED SM, de même qu'à des fins de vérification.

Si une clinique de physiothérapie soumet un code de consultation grâce au TED SM et qu'il est rejeté avec le code d'erreur EPS, elle doit consigner des renseignements concernant la consultation (y compris la date de la prestation, le numéro de carte Santé, les prénom et nom de famille du client/patient ou de la cliente/patiente, et la preuve d'admissibilité). À la fin de chaque exercice financier, les cliniques de physiothérapie déclareront le nombre total de bénéficiaires du POSPH et du programme OT rejetés avec un code d'erreur EPS qui ont été traités dans leur déclaration de règlement en fin d'exercice.

1. Relevé des prestations, carte papier d'assurance-médicaments, Attestation d'admissibilité

Les fournisseurs de services doivent conserver toute preuve matérielle d'admissibilité produite par un client ou une cliente, selon le processus actuel d'utilisation de la carte papier d'assurance-médicaments, et la fournir au MSSLD sur demande.

2. Service de vérification concernant l'aide sociale

Lorsque l'admissibilité du ou de la bénéficiaire de l'aide sociale au remboursement a été établie par le Service de VAS, les fournisseurs de services doivent consigner les renseignements suivants dans le dossier du client/patient ou de la cliente/patiente (ou dans leur base de données) et les fournir au MSSLD sur demande :

- Le prénom et le nom de famille de la personne qui a appelé le Service de VAS
- La date et l'heure d'appel
- Le prénom et le nom de famille du client/patient ou de la cliente/patiente
- Le numéro de carte Santé (figurant dans le dossier du patient ou de la patiente)
- La date de la prestation (première date de prestation dans le cadre d'un épisode de soins)

- Le type de couverture confirmée (c.-à-d. le programme d'aide sociale)
- Les dates de la couverture confirmée
- Le numéro de confirmation obtenu auprès du Service de VAS

Exemple :

Pour Jane Jones (cliente/patiente), John Smith (physiothérapeute) a appelé le Service de VAS le 14 janvier 2017 à 10 h 35, et a obtenu confirmation que la cliente/patiente était admissible au POSPH pour le mois de janvier 2017. N° de conf. 12345.