

1. Pourquoi le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) abandonne-t-il progressivement la carte papier d'assurance-médicaments actuellement fournie aux bénéficiaires de l'aide sociale tous les mois ?

L'une des priorités actuelles du MSSC est de rationaliser la prestation des services afin de réduire les coûts administratifs, de réaliser des économies et d'améliorer le service à la clientèle grâce à de nouveaux mécanismes de versement des prestations aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Cette initiative constitue l'un des moyens pour le MSSC de procéder à des améliorations en permettant aux bénéficiaires de l'aide sociale d'utiliser leur carte Santé de l'Ontario plutôt qu'une carte mensuelle papier d'assurance-médicaments.

2. Quand la carte papier d'assurance-médicaments sera-t-elle progressivement abandonnée ?

À compter du 1^{er} décembre 2016, les bénéficiaires de l'aide sociale qui possèdent une carte Santé de l'Ontario valide ne recevront plus de carte papier d'assurance-médicaments.

Ce changement s'applique 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).

*Y compris les clients des Premières Nations qui bénéficient de prestations au titre du POSPH et la Première Nation de M'Chigeeng.

Remarque : Pour l'instant, 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 clients qui n'ont pas droit à la carte Santé de l'Ontario continueront de recevoir une carte papier d'assurance-médicaments jusqu'à ce qu'ils en obtiennent une.

3. En l'absence de carte papier d'assurance-médicaments, comment les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public peuvent-elles confirmer l'admissibilité d'un client ou d'une cliente à l'aide sociale afin de s'assurer d'être rémunérées pour leurs services ?

Les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public peuvent accepter d'autres formes de preuve d'admissibilité, comme le Relevé mensuel des prestations (RP) du client ou de la cliente, pour confirmer l'admissibilité au remboursement des services de physiothérapie. Si le client ou la cliente ne produit pas de preuve d'admissibilité, les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public peuvent confirmer son admissibilité à l'aide sociale en appelant le Service de vérification de l'aide sociale (VAS) au 1 888 284-3928.

Certains bénéficiaires continueront de recevoir une carte papier d'assurance-médicaments s'ils n'ont pas droit à la carte Santé de l'Ontario, notamment :

- les bénéficiaires qui n'ont pas droit à une carte Santé de l'Ontario valide;
- 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).



Q et R sur la carte virtuelle d'assurance-médicaments pour les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public

4. Quelles sont les heures d'ouverture du Service de vérification concernant l'aide sociale (VAS)?

Le Service de VAS sera disponible du lundi au vendredi, de 7 h à 19 h (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.

5. Quand les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public doivent-elles appeler le Service de VAS pour confirmer l'admissibilité d'un ou une bénéficiaire de l'aide sociale?

Les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public doivent communiquer avec le Service de VAS pour confirmer l'admissibilité d'un ou d'une bénéficiaire de l'aide sociale au cours du mois civil du premier rendez-vous du client ou de la cliente dans le cadre de chaque épisode de soins. La confirmation de l'admissibilité peut être obtenue avant le premier rendez-vous, mais doit absolument l'être au cours du mois civil durant lequel le premier rendez-vous a lieu.

6. Si un client ou une cliente possède une carte papier d'assurance-médicaments valide ou une autre preuve d'admissibilité à l'aide sociale pour le mois concerné, les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public sont-elles tenues de communiquer avec le Service de VAS pour vérifier son admissibilité à l'aide sociale?

Non. Si le client ou la cliente présente une carte papier d'assurance-médicaments valide ou une autre preuve d'admissibilité à l'aide sociale (p. ex. un RP) pour le mois concerné, les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public ne sont pas tenues d'appeler le Service de VAS pour confirmer son admissibilité au remboursement des services.

Certains clients continueront de recevoir une carte papier d'assurance-médicaments.

7. Que doivent faire les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public si elles ne sont pas en mesure de vérifier l'admissibilité d'un client ou d'une cliente à l'aide sociale par le biais du Service de VAS?

Si un client ou une cliente a besoin de services et que la clinique de physiothérapie communautaire financée par le secteur public n'est pas en mesure d'appeler le Service de VAS pour vérifier son admissibilité à l'aide sociale, le client ou la cliente peut produire une autre preuve d'admissibilité (c.-à-d. un RP pour le mois concerné) ou être prié(e) de fournir une Attestation d'admissibilité obtenue auprès de son chargé ou de sa chargée de cas.

8. Quels renseignements les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public sont-elles tenues de documenter et de consigner à des fins de vérification?

Après avoir obtenu les renseignements concernant l'admissibilité d'un client ou d'une cliente, il est recommandé aux cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public de documenter les renseignements suivants dans le dossier du client ou de la cliente (ou dans la base de données du fournisseur de services) :

- 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 ou la cliente
- 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 de l'appel fourni par le Service de VAS



Q et R sur la carte virtuelle d'assurance- médicaments pour les cliniques de physiothérapie communautaires financées par le secteur public

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.