



Services de santé non assurés

Le Programme des Services de santé non assurés fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada, des services de santé supplémentaires, dont les soins dentaires.
Visitez notre site Web à : www.santecanada.gc.ca/ssna

CADRE DE TRAVAIL SUR LES SOINS DENTAIRES OCTOBRE 2005

PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Santé Canada

CADRE DE TRAVAIL SUR LES SOINS DENTAIRES
Version 1 – OCTOBRE 2005

This document is also available in English under the title:

DENTAL POLICY FRAMEWORK
Version 1 – OCTOBER 2005

Le présent document fournit d'importants renseignements sur les soins dentaires disponibles en vertu du programme des SSNA.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p. 3
1. PRINCIPES GÉNÉRAUX	p. 4
2. DESCRIPTION DES SERVICES ET DES CONDITIONS	p. 6
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA	p. 6
Conditions générales relatives aux services	p. 6
Diagnostic	p. 6
Prévention	p. 7
Restaurations	p. 8
Endodontie	p. 8
Parodontie	p. 9
Prothèses dentaires	p. 9
Politique concernant les prothèses non insérées	p. 9
Prothèses dentaires amovibles	p. 10
Politique concernant les ponts de Maryland	p. 10
Prothèses dentaires fixes	p. 11
Chirurgie buccale	p. 11
Orthodontie	p. 11
Services complémentaires	p. 11
Anesthésie générale et frais reliés aux installations	p. 11
Sédation par inhalation et sédation intraveineuse	p. 12
3. POLITIQUES	p. 13
Politique concernant les couronnes	p. 13
Politique concernant l'endodontie	p. 15
Politique concernant la parodontie	p. 17
Politique concernant la parodontie - Région du Québec	p. 20
Politique concernant l'orthodontie	p. 23
4. PRÉDÉTERMINATION	p. 25
Prédétermination	
Vérification préalable	
5. PAIEMENT ET REMBOURSEMENT	p. 26-27
Politique concernant les demandes de paiement	
Politique concernant les demandes de remboursement au bénéficiaire	
Politique concernant la coordination des services	
Échange électronique de données (ÉÉD)	
6. EXCEPTIONS	p. 27
7. EXCLUSIONS	p. 27
ANNEXE A - DÉFINITIONS	p. 28
ANNEXE B - ADMISSIBILITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	p. 30
ANNEXE C - PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	p. 31
ANNEXE D - PROCESSUS D'APPEL	p. 32
ANNEXE E - PROGRAMME DE VÉRIFICATION DES SSNA	p. 33

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

INTRODUCTION

Avant-propos

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) offre aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus admissibles un éventail limité de biens et de services médicalement nécessaires, non couverts par les régimes d'assurance privés, les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux ou d'autres programmes financés par les deniers publics. Les biens et les services fournis en vertu du programme des SSNA complètent les régimes d'assurance privés, les régimes d'assurance-maladie et les programmes sociaux provinciaux ou territoriaux, comme les soins médicaux et hospitaliers et les programmes de santé communautaire. Ils incluent les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services de counseling en santé mentale en situation de crise à court terme, les soins dentaires, les soins de la vue et les frais de transport pour des services de santé médicalement nécessaires et non offerts dans les réserves ou dans la communauté. Le programme inclut également des primes d'assurance-maladie pour les bénéficiaires admissibles qui résident en Alberta et en Colombie-Britannique.

Objectif du cadre de travail

Le Cadre de travail sur les soins dentaires définit les conditions générales, les politiques et les prestations offertes en vertu desquels le programme des SSNA paie des soins dentaires aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus admissibles (« les bénéficiaires »). Ce cadre de travail présente une définition claire de l'admissibilité des bénéficiaires, des types de services fournis et des critères en vertu desquels ils sont payés.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

- 1.1 Le Cadre de travail sur les soins dentaires définit les politiques et les prestations en vertu desquelles le programme des SSNA paie des services de soins dentaires aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus admissibles (« les bénéficiaires »).
- 1.2 Le Cadre de travail sur les soins dentaires s'applique au paiement des soins dentaires par les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) ou par les autorités/organisations sanitaires des Premières nations et des Inuits (incluant les gouvernements territoriaux) qui, en vertu d'un accord de contribution, assument la responsabilité de l'administration et du paiement des soins dentaires aux bénéficiaires admissibles.
- 1.3 Les soins dentaires sont défrayés conformément au mandat du programme des SSNA qui inclut la prestation de services de santé non assurés appropriés aux bénéficiaires et qui sont durables. Le Programme a été conçu sans franchise ni paiement partiel.
- 1.4 Le programme des SSNA offre des services fondés sur les politiques établies pour fournir aux bénéficiaires admissibles un accès à des services qui ne seraient pas disponibles en vertu des régimes d'assurance privés ni des régimes d'assurance-maladie provinciaux, territoriaux ou fédéraux.
- 1.5 Le programme des SSNA couvre la plupart des actes dentaires qui traitent des maladies dentaires ou de leurs conséquences.
- 1.6 Le paiement des soins dentaires est déterminé sur une base individuelle qui tient compte de certains critères, comme l'état de santé buccodentaire du bénéficiaire.
- 1.7 Comme il est indiqué dans les politiques du Programme, une conformité avec les conditions de fonction et de restauration est requise. Les restaurations étendues, comme des traitements cosmétiques, et un manque de conformité avec les politiques établies ne sont pas couverts par ce Programme.
- 1.8 Des praticiens en soins dentaires compétents et légalement autorisés peuvent fournir aux bénéficiaires admissibles des services en cas de crise ou d'autres services nécessaires identifiés dans le présent Cadre de travail, à condition que ces services soient rendus conformément aux critères du Programme, incluant les politiques, les soins dentaires qui ont une limite de fréquence et ceux nécessitant une prédétermination.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

- 1.9 Lors d'une demande de paiement, le praticien en soins dentaires a la responsabilité :
- a) de vérifier l'admissibilité du bénéficiaire;
 - b) de s'assurer que les limites ne soient pas dépassées; et
 - c) de s'assurer de la conformité de la demande avec les critères et les politiques des SSNA.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

2. DESCRIPTION DES SERVICES ET DES CONDITIONS

Le programme des SSNA défraie une vaste gamme de soins dentaires, dont les services diagnostiques, les soins dentaires d'urgence, la prévention, la restauration, l'endodontie, la parodontie, les prothèses dentaires, la chirurgie buccale, l'orthodontie et des services complémentaires. Les services individuels sont contenus dans la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA et sont basés sur le *système de codage normalisé et la liste des services de l'Association dentaire canadienne* (listes A et B). Au Québec, les codes sont basés sur le guide *Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec*. Les conditions générales du financement sont contenues dans le présent cadre de travail, la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA, la Trousse d'information pour les praticiens en soins dentaires (*TIPSD*) et le Bulletin dentaire des services de santé non assurés.

Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA

La Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA clarifie les services qui requièrent une prédétermination en classant les services dans une des deux nomenclatures suivantes :

Nomenclature A : inclut les services qui pourraient être fournis et facturés directement à First Canadian Health (FCH) pour paiement. Une vérification préalable est recommandée pour confirmer que les services sont conformes aux limites de fréquence.

Nomenclature B : inclut les services qui requièrent une prédétermination.

Pour obtenir la liste complète des prestations des SSNA, veuillez consulter les nomenclatures A et B de votre Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA.

Conditions générales relatives aux services

Les conditions générales qui s'appliquent aux codes des services individuels sont identifiées dans la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA. Les conditions générales relatives aux services sont fournies pour chacun des domaines de soins dentaires.

Diagnostic

Les bénéficiaires âgés de moins de 17 ans sont admissibles à un maximum de quatre examens et les bénéficiaires âgés de plus de 17 ans sont admissibles à un maximum de trois examens au cours d'une période de douze (12) mois, à condition que ces examens soient à l'intérieur des limites permises, incluant des examens complets, des

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

examens de rappel ou des examens spécifiques et d'urgence fournis par un professionnel des soins dentaires.

Lorsqu'un examen complet est effectué, il remplace l'examen de rappel pour cette période.

Lorsqu'un examen a été effectué, il ne peut y avoir d'autre examen, sans explications appropriées, par le même cabinet ou par le même groupe.

Les radiographies diagnostiques doivent accompagner les procédures qui requièrent une prédétermination, le cas échéant, tel qu'indiqué dans la Grille régionale des soins dentaires et la politique du programme des SSNA.

Toutes les radiographies soumises avec un plan de traitement doivent être récentes, montées, datées, de qualité diagnostique et doivent porter le nom du praticien en soins dentaires et du bénéficiaire. Chaque fois que des duplicatas de radiographies sont soumis, le praticien en soins dentaires doit indiquer sur la radiographie si elle montre le côté gauche ou le côté droit de la bouche du bénéficiaire.

Prévention

Le détartrage ou le surfaçage radiculaire (détartrage ou polissage – prophylaxie – au Québec) excédant la limite de quatre unités au cours d'une période de douze (12) mois, nécessite des radiographies justificatives, une charte parodontale et une justification de la part du praticien en soins dentaires (voir la politique concernant la parodontie, page 17).

Les scellants des puits et des fissures, ainsi que les restaurations préventives en résine sont payés pour les enfants âgés de moins de 14 ans, dans le cas des molaires permanentes exposées récemment, où la surface occlusale n'est pas restaurée. La surface linguale des incisives permanentes du maxillaire peut aussi recevoir des scellants des puits et des fissures ou des restaurations préventives en résine.

Les enfants âgés de moins de 12 ans sont admissibles à une unité de détartrage ou de surfaçage radiculaire au cours d'une période de douze (12) mois pour les codes de procédures suivants dans toutes les provinces : 11111, 11117, 43421, 43427 (43411 au Québec) (voir la politique concernant la parodontie, page 17).

L'équilibration occlusale est financée au coût d'une demi-unité.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Restaurations

Dans les cas de restaurations de dents antérieures et postérieures où, lors d'une même séance, des restaurations en amalgame ou en composite séparées sont effectuées sur la même dent afin de conserver la structure dentaire, les honoraires professionnels doivent être établis en comptant le nombre total de surfaces restaurées. Le nombre maximal permis pour les restaurations en amalgame ou en composite est de cinq surfaces par dent. Sur les dents primaires, la restauration est payée jusqu'à concurrence d'une couronne en acier inoxydable.

Dans la plupart des nomenclatures provinciales et territoriales, le coût de restauration en amalgame ou en composite de quatre et de cinq surfaces sur les dents primaires dépasse le coût des couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate. Le programme des SSNA limite le paiement pour la restauration des dents primaires au tarif des couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate.

L'amalgame collé ne fait pas partie des soins dentaires couverts par le programme de SSNA. Cependant, lorsque des codes d'amalgame collé sont soumis, le montant maximal est déterminé en utilisant les tarifs associés à l'amalgame non collé comme service équivalent.

Le remplacement de restaurations à l'intérieur d'une période de deux ans est sujet à une vérification et à une révision et doit être accompagné d'une justification de la part du praticien en soins dentaires.

Les restaurations sur les dents primaires 51, 52, 61, 62, 71, 72, 81, 82 sont seulement permises pour les enfants âgés de moins de cinq ans.

Endodontie

Un traitement endodontique sur les dents antérieures (13 à 23 et 33 à 43 inclusivement) peut être effectué sans prédétermination. Toutefois, le praticien en soins dentaires doit s'assurer que la fonctionnalité et la capacité de restauration des dents antérieures qui requièrent un traitement endodontique satisfont aux critères tels qu'ils ont été énumérés à la page #15 avant de procéder au traitement.

Dans le cas des molaires et des prémolaires, la prédétermination reste obligatoire.

Les honoraires pour le traitement de canal comprennent les honoraires pour les restaurations temporaires. Si une pulpectomie, une pulpotomie ou une intervention chirurgicale et de drainage sont effectuées par le même fournisseur ou le même

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

cabinet dentaire dans un délai de trois mois sur une dent pour laquelle un traitement de canal est approuvé, les frais pour la pulpectomie, la pulpotomie et/ou l'intervention chirurgicale et de drainage doivent être déduits des honoraires pour le traitement de canal sur soumission d'une demande de paiement par le fournisseur.

Les pulpotomies et les pulpectomies ne sont pas admissibles pour les incisives primaires 51, 52, 61, 62, 71, 72, 81 et 82.

Un traitement de canal incomplet sera payé jusqu'à concurrence de l'équivalent d'une pulpectomie.

Parodontie

L'entretien des appareils parodontaux, incluant les réparations et les ajustements, est limité à trois par période de 36 mois (voir la politique concernant la parodontie à la page 17).

Prothèses dentaires

Les honoraires payés pour les prothèses dentaires incluent des soins post-insertion durant trois mois, y compris les ajustements et les modifications. La DGSPNI ne couvre pas les autres procédures de réparation de prothèses (par exemple, les ajustements) durant cette période. Pour les prothèses urgentes, un regarnissage additionnel est permis.

Les appareils utilisés pour le remplacement d'un espace édenté postérieur équivalant ou inférieur à la largeur d'une molaire standard ne sont pas couverts en vertu du Programme.

Politique concernant les prothèses non insérées

Dans le cas des prothèses non insérées, au sujet desquelles le praticien en soins dentaires a fourni des informations, le programme des SSNA payera 100 % des frais de laboratoire et 20 % des honoraires professionnels, lorsque les prothèses sont complétées au laboratoire. La date de facturation utilisée lors de la soumission d'une demande de paiement est celle de la dernière visite au cabinet ou de la dernière consultation.

Si le fournisseur de soins dentaires a facturé le Programme d'une manière qui apparaît injustifiée lors d'une vérification ou du processus de prédétermination, le principe de la tolérance zéro est appliqué et toutes les sommes d'argent sont retirées.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Note : Dans le cas des prothèses dentaires immédiates, dans la mesure où un autre fournisseur procède à l'insertion après les extractions, la rémunération, une fois l'installation complétée, correspond à 100 % des honoraires professionnels et à 100 % des frais de laboratoire. Il en va toujours de même pour les denturologistes.

Prothèses dentaires amovibles

Les demandes de prédétermination pour les prothèses partielles nécessitent des radiographies justificatives des dents piliers. Tous les traitements de restauration, de parodontie ou de chirurgie doivent être complétés avant la fabrication de la prothèse partielle. Si un remplacement est requis à l'intérieur de la période spécifiée de huit (8) ans, les circonstances et un exposé des faits contenant la justification pour la considération de remplacement sont exigés par la DGSPNI.

Lorsqu'un bénéficiaire a un ou plusieurs implants et a besoin d'une prothèse complète (hybrides sur tissus mous supportés par des implants sans attaches), le programme des SSNA peut rembourser les prothèses sur implant 51721 (51931 au Québec) (maxillaire), 51722 (51932 au Québec) mandibulaire (prothèses complètes hybrides sur tissus mous supportés par des dents naturelles sans attaches); les codes d'acte dentaire 51711, 51712 et 51713, respectivement. Le programme des SSNA offrira un service équivalent à un montant maximal qui correspond au coût d'une prothèse amovible standard, y compris les frais de laboratoires estimés. Le montant maximal permis est déterminé selon les tarifs en vigueur au sein de la région en question. Dans tous les cas, une prédétermination est requise avant le début du traitement.

Politique concernant les ponts de Maryland

À la suite des améliorations apportées aux résines-ciment et à la rétention, et puisque les ponts de Maryland (ou ponts collés) offrent un remplacement plus fonctionnel et plus esthétique que les prothèses partielles, ces derniers seront considérés dans des cas exceptionnels, si les besoins du bénéficiaire satisfont aux critères suivants :

- Pas plus de trois unités par pont sont requises.
- Les ponts se limitent aux sextants antérieurs.
- Les piliers permanents proposés ne doivent nécessiter aucune restauration ou nécessiter des restaurations minimales.

Les appareils utilisés pour un simple espace dans une situation postérieure ne sont pas couverts en vertu du Programme.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Prothèses dentaires fixes

Les prothèses dentaires fixes ne sont pas couvertes en vertu du programme des SSNA. Cependant, le bénéficiaire a droit à une prothèse amovible par arcade par période de quatre-vingt-seize (96) mois. Si tous les besoins prothétiques sont satisfaits pour une arcade, la DGSPNI remboursera le coût équivalent d'une prothèse amovible jusqu'à concurrence du montant maximal alloué permis, y compris les frais de laboratoire prévus, en utilisant les codes pour les prothèses fixes figurant dans la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA actuellement en vigueur. L'estimation pour les frais de laboratoire associés au soin dentaire en question a déjà été considérée dans le montant maximal alloué permis; par conséquent, les frais de laboratoire ne sont pas ajoutés au montant indiqué. Le montant maximal alloué permis est déterminé selon les tarifs régionaux. Dans tous les cas, une prédétermination est requise avant le début du traitement.

Chirurgie buccale

Les implants et les augmentations de crête ne sont pas couverts en vertu du Programme.

Orthodontie

Le programme des SSNA couvre un éventail limité de services orthodontiques. Les bénéficiaires doivent satisfaire aux lignes directrices et aux critères établis par le Programme pour que leur traitement d'orthodontie soit couvert. Santé Canada compte sur les praticiens en soins dentaires pour aider les bénéficiaires à soumettre les informations requises pour qu'une révision soit possible.

Services complémentaires

Anesthésie générale et frais liés aux installations

Le service d'anesthésie générale est normalement limité aux enfants de moins de douze ans et nécessite une prédétermination. Tous les autres cas exigent une prédétermination et les demandes allant dans ce sens doivent indiquer les conditions systémiques ou les circonstances spéciales exigeant l'utilisation de cette approche. De plus, les détails du traitement dentaire en question doivent être soumis pour fins de prédétermination.

Une prédétermination est requise pour tous les frais liés aux installations. Ces frais sont normalement limités aux bénéficiaires âgés de moins de douze ans.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

Ce service est offert lorsqu'il faut prévoir des installations pour l'anesthésie et les soins dentaires. Ce service comprend l'équipement et les fournitures qui sont mis à la disposition d'un bénéficiaire en visite et son dentiste par un anesthésiste indépendant. Lorsque les frais liés aux installations ou à l'anesthésie sont couverts par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire, les demandes de paiement ne doivent pas être soumises au programme des SSNA pour règlement.

Sédation par inhalation et sédation intraveineuse

La sédation intraveineuse et la sédation par inhalation ne peuvent pas être considérées comme des procédures distinctes aux fins de la facturation.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

3. POLITIQUES

Politique concernant les couronnes

L'objectif de cette politique est de clarifier le processus de prise de décisions, tel qu'il est présentement appliqué pour le financement des couronnes simples (couronnes métalliques ou céramométalliques) et de tout autre traitement connexe.

Toutes les couronnes requièrent une prédétermination.

Les critères suivants doivent être satisfaits lors de chaque soumission d'une demande de paiement pour des couronnes simples :

Documentation complète incluant :

- le formulaire normalisé de soins dentaires, un formulaire de demande de règlement de soins dentaires et plan de traitement de l'Association des chirurgiens dentaires du Québec (ACDQ), un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA dûment rempli;
- des radiographies courantes incluant les radiographies périapicales, interproximales ou panoramiques des dents qui nécessitent un traitement;
- toutes les radiographies présentées doivent indiquer le nom du bénéficiaire et du fournisseur de soins et être montées, datées et de qualité acceptable pour permettre la prédétermination du traitement proposé; et
- un plan de traitement complet de la bouche qui inclut tous les traitements; si une maladie biologique évolutive est présente (une carie ou une maladie parodontale), tous les traitements doivent être complétés avant qu'une demande de paiement pour des couronnes simples soit soumise.

Une demande de paiement pour des couronnes simples sera approuvée si la fonctionnalité et la possibilité de restauration de la dent ou des dents sont établies.

Détermination de la fonctionnalité des dents

- Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) prendra en considération le paiement d'une couronne simple pour des dents fonctionnelles qui ont fait l'objet d'un traitement endodontique et/ou d'une restauration majeure, et qui sont jugées essentielles pour maintenir une occlusion stable, et/ou qui sont considérées comme des piliers essentiels pour une prothèse amovible.
- Les SSNA prendront en considération le paiement d'une restauration majeure d'une dent à pulpe vivante ou à pulpe non vivante qui ne peut être une restauration indépendante. Une dent traitée par endodontie sera considérée pour une couronne simple après un traitement endodontique, dont le succès doit être démontré par

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

une radiographie périapicale et, au besoin, par des informations fournies par le fournisseur de soins.

Détermination de la possibilité de restauration

La possibilité de restauration sera établie lors de l'examen de toute la documentation soumise en ce qui concerne :

- un rapport couronne-racine favorable (rapport d'au moins 1:1);
- un support parodontal adéquat, selon les niveaux d'os alvéolaire (au moins supérieur à 50 %) visibles sur les radiographies soumises et le degré d'atteinte de furcation, appuyé par d'autres documents, au besoin, qui démontrent le degré de mobilité et la perte d'attachement du ligament parodontal;
- une structure dentaire restante saine capable d'assurer le maintien de la largeur biologique;
- la nécessité d'aucun autre traitement dentaire complexe comme le rallongement des couronnes, l'amputation des racines ou un déplacement orthodontique.

Le paiement des couronnes simples n'est pas couvert lorsque :

- la fonctionnalité et la possibilité de restauration de la dent ou des dents ne peuvent pas être établies;
- il existe la preuve d'une maladie biologique non contrôlée (soit une carie ou une maladie parodontale);
- le bénéficiaire a moins de 18 ans;
- la couronne est installée à des fins esthétiques; et
- une couronne existante a moins de huit (8) ans et le remplacement est demandé. Toutes les demandes de remplacement doivent indiquer l'âge de la couronne existante, ainsi que le bien-fondé du remplacement.

Politique concernant les couronnes non insérées

Dans le cas des prothèses non insérées, au sujet desquelles le praticien en soins dentaires a fourni des informations, le programme des SSNA payera 100 % des frais de laboratoire et 20 % des honoraires professionnels, lorsque les prothèses sont complétées au laboratoire. La date de facturation utilisée lors de la soumission d'une demande de paiement est celle de la dernière visite au cabinet ou de la dernière consultation.

Si le fournisseur de soins dentaires a facturé le Programme d'une manière qui apparaît injustifiée lors d'une vérification ou du processus de prédétermination, le principe de la tolérance zéro est appliqué et toutes les sommes d'argent sont recouvrées.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Politique concernant l'endodontie

L'objectif de cette politique est de clarifier le processus de prise de décisions, tel qu'il est présentement appliqué pour le financement des traitements endodontiques.

Un traitement endodontique sur les dents antérieures (13 à 23 et 33 à 43 inclusivement) peut être complété sans prédétermination (codes de procédure 33111 et 33100). Dans le cas des molaires et des prémolaires, la prédétermination reste obligatoire. Toutefois, le praticien en soins dentaires doit s'assurer que la fonctionnalité et la capacité de restauration des dents antérieures qui requièrent un traitement endodontique satisfont aux critères tels qu'ils ont été énumérés précédemment avant de procéder au traitement.

Un traitement de canal incomplet sera payé jusqu'à concurrence de l'équivalent d'une pulpectomie.

Les informations qui suivent doivent être indiquées lorsqu'on fait une demande pour des traitements endodontiques.

Documentation complète incluant :

- le formulaire normalisé de soins dentaires, un formulaire de demande de règlement de soins dentaires et plan de traitement de l'ACDQ, un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA dûment rempli;
- des radiographies courantes incluant les radiographies périapicales, interproximales ou panoramiques des dents qui nécessitent un traitement;
- toutes les radiographies présentées doivent indiquer le nom du bénéficiaire et du fournisseur de soins et être montées, datées et de qualité acceptable pour permettre la prédétermination du traitement proposé;
- un plan de traitement complet de la bouche; si une maladie biologique évolutive est présente, le plan de traitement doit comprendre tous les traitements de restauration, de parodontie, de prévention, d'endodontie et prothétiques, étant entendu que les traitements d'endodontie seront entrepris seulement après que les caries ou la parodontopathie actives seront traitées.

Les traitements endodontiques seront approuvés lorsque la fonctionnalité et la capacité de restauration des dents demandées auront été respectées.

Détermination de la fonctionnalité des dents

- Les SSNA prendront en considération le traitement endodontique pour les dents 16 à 26 et 36 à 46. Les dents 17, 18, 27, 28, 37, 38, 47 et 48 seront considérées seulement si elles sont jugées essentielles pour maintenir une occlusion stable. Les dents seront jugées fonctionnelles si elles sont considérées comme un pilier essentiel pour une prothèse amovible.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Détermination de la possibilité de restauration

- un rapport couronne-racine favorable (rapport d'au moins 1:1);
- un support parodontal adéquat, selon les niveaux d'os alvéolaire (au moins supérieur à 50 %) visibles sur les radiographies soumises et le degré d'atteinte de furcation, appuyé par d'autres documents, au besoin, qui démontrent le degré de mobilité et la perte d'attachement du ligament parodontal;
- une structure dentaire restante saine capable d'assurer le maintien de la largeur biologique; et
- la nécessité d'aucun autre traitement dentaire complexe comme le rallongement des couronnes, l'amputation des racines ou un déplacement orthodontique.

Le traitement endodontique ne sera pas approuvé lorsque :

- la fonctionnalité et la possibilité de restauration de la dent (ou des dents) ne peuvent être établies;
- il y a des preuves de maladies biologiques évolutives non contrôlées ou non traitées (caries ou parodontopathie).

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Politique concernant la parodontie

L'objectif de cette politique est de clarifier le processus de prise de décisions, tel qu'il est présentement appliqué pour le financement d'un traitement parodontal de soutien et de procédures connexes.

Les critères suivants doivent être satisfaits lors de chaque soumission d'une demande de paiement pour un traitement parodontal additionnel :

Documentation complète incluant :

- un formulaire normalisé de soins dentaires, un formulaire de demande de règlement de soins dentaires et plan de traitement de l'ACDQ, un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA dûment rempli;
- des radiographies courantes incluant les radiographies périapicales, interproximales ou panoramiques des dents qui nécessitent un traitement;
- toutes les radiographies présentées doivent indiquer le nom du bénéficiaire et du fournisseur de soins et être montées, datées et de qualité acceptable pour permettre la prédétermination du traitement proposé;
- un plan de traitement complet qui répond à tous les besoins, y compris ceux du traitement parodontal requis;
- une documentation sur la profondeur et l'emplacement des poches parodontales (des sondes buccales complètes ou des indices parodontaux comme « Community Periodontal Index of Treatment Needs » (CPITN) et « Probing, Screening and Recording » (PSR) sont acceptables); et
- une évaluation additionnelle des contours gingivaux, de la mobilité et de l'occlusion de la dent ou des dents.

Le traitement parodontal suivant ne requiert pas une prédétermination et sera payé sur la base des lignes directrices du Programme :

- le détartrage et le surfaçage radiculaire seront payés jusqu'à concurrence de quatre unités par période de 12 mois dans le cas des bénéficiaires âgés de 12 ans et plus; et
- le détartrage et le surfaçage radiculaire seront payés pour une unité par période de 12 mois dans le cas des bénéficiaires âgés de moins de 12 ans.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Un traitement parodontal additionnel sera considéré pour chacune des catégories suivantes si les critères énumérés sont satisfaits.

1. Détartrage et surfaçage radiculaire au delà de quatre unités :

Les SSNA prendront en considération le paiement si :

- le bénéficiaire n'a pas eu de soins parodontaux au cours des 24 derniers mois et que quatre unités ne sont pas suffisantes pour un débridement complet; quatre unités additionnelles pourraient être payées jusqu'à concurrence de huit unités par période de 12 mois;
- le bénéficiaire a une gingivite récurrente sans dégénérescence des fibres du ligament parodontal; quatre unités additionnelles pourraient être payées jusqu'à concurrence de huit unités par période de 12 mois (quatre unités semi-annuellement);
- le bénéficiaire présente une maladie parodontale chronique (démontrée par une dégénérescence des fibres du ligament parodontal) ou a subi un débridement initial complet; 12 unités additionnelles pourraient être payées à des fins d'entretien jusqu'à concurrence de 16 unités par période de 12 mois, ce qui permet aux SSNA de payer un entretien parodontal à des intervalles de trois mois; et
- le bénéficiaire présente une maladie parodontale chronique et a suivi un programme d'entretien parodontal, mais présente des zones de maladie réfractaire; les SSNA prendront en considération à titre exceptionnel le paiement jusqu'à concurrence de 16 unités (en quatre séances de traitement consécutives) pour traiter la maladie.

2. Gingivoplastie et gingivectomie

Les SSNA prendront en considération le paiement, une fois le traitement gingival préliminaire complété (détartrage et surfaçage radiculaire), et lorsque :

- le fournisseur de soins aura indiqué la présence d'une hyperplasie gingivale associée à une fiche pharmaceutique positive d'agents hyperplasiques gingivaux connus.

3. Greffons gingivaux

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le fournisseur a indiqué la présence d'une perte pathologique de gencives qui conduit à une largeur gingivale inadéquate pour une dent ou des dents qui ont été jugées essentielles comme pilier pour une prothèse amovible.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Les SSNA ne prendront pas en considération le paiement lorsque :

- la dent ou les dents pour lesquelles une greffe est requise présentent une maladie parodontale chronique sévère; et
- les greffons gingivaux servent à des fins esthétiques.

4. Chirurgie parodontale

En règle générale, les SSNA ne couvrent pas la chirurgie parodontale, bien qu'elle puisse être considérée dans des cas exceptionnels. Les demandes de paiement pour l'entretien d'une maladie parodontale chronique au delà d'une hygiène buccale adéquate, du détartrage ou du surfaçage radiculaire dépassent les limites du programme des SSNA.

5. Appareil parodontal pour contrôler le bruxisme

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le fournisseur de soins a indiqué une attrition excessive des dents, comme en témoignent les facettes d'usure non appropriées à l'âge ou de multiples facettes d'usure importantes;
- le bénéficiaire a des douleurs neuralgiformes sous forme de spasmes musculaires, de mouvements mandibulaires asymétriques ou inhibés; et
- le bénéficiaire présente une mobilité articulaire anormale, des crépitations, des douleurs, des tuméfactions et/ou des mouvements asymétriques.

Des modèles diagnostiques non montés pourraient être requis pour un appareil parodontal anti-bruxisme.

Les SSNA ne prendront pas en considération le paiement lorsque :

- le bénéficiaire n'a pas une dentition définitive à éruption complétée;
- le bénéficiaire présente des crispations en occlusion, un bruxisme ou des crépitations asymptomatiques;
- l'appareil sera utilisé comme protège-dents (par exemple, dans des activités sportives).

Cadre de travail sur les soins dentaires Programme des Services de santé non assurés

Politique concernant la parodontie - région du Québec

L'objectif de cette politique est de clarifier le processus de prise de décisions, tel qu'il est présentement appliqué pour le financement d'un traitement parodontal de soutien et des procédures connexes.

Le traitement parodontal suivant ne requiert pas une prédétermination et sera payé sur la base des lignes directrices du Programme :

La prophylaxie en combinaison avec les codes de détartrage seront payés jusqu'à concurrence de quatre unités par période de 12 mois. Le programme des SSNA paie jusqu'à concurrence de deux prophylaxies et de deux unités de détartrage pour les bénéficiaires âgés de moins de 17 ans, et une prophylaxie et trois unités de détartrage dans le cas des bénéficiaires âgés de 17 ans et plus.

Les critères suivants doivent être satisfaits lors de chaque soumission d'une demande de paiement pour un traitement parodontal additionnel :

Documentation complète incluant :

- un formulaire normalisé de soins dentaires, un formulaire de demande de règlement de soins dentaires et plan de traitement de l'ACDQ, un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA dûment rempli;
- des radiographies courantes incluant les radiographies périapicales, interproximales ou panoramiques des dents qui nécessitent un traitement;
- toutes les radiographies présentées doivent indiquer le nom du bénéficiaire et du fournisseur de soins et être montées, datées et de qualité acceptable pour permettre la prédétermination du traitement proposé;
- un plan de traitement complet qui répond à tous les besoins, y compris ceux du traitement parodontal requis;
- une documentation sur la profondeur et l'emplacement des poches parodontales (des sondes buccales complètes ou des indices parodontales comme CPITN et PSR sont acceptables);
- une évaluation additionnelle des contours gingivaux, de la mobilité et de l'occlusion des dents; et
- des modèles diagnostiques non montés qui pourraient être requis pour un appareil parodontal anti-bruxisme.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Un traitement parodontal additionnel sera considéré pour chacune des catégories suivantes si les critères énumérés sont satisfaits.

1. Prophylaxie et détartrage au delà de quatre unités :

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le bénéficiaire n'a pas eu de soins parodontaux au cours des 24 derniers mois et que quatre unités ne sont pas suffisantes pour un débridement complet; des unités additionnelles pourraient être payées;

2. Curetage parodontal et surfaçage radiculaire

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le bénéficiaire présente une maladie parodontale chronique (démontrée par une dégénérescence des fibres du ligament parodontal) ou a subi un débridement initial complet; et
- le bénéficiaire présente une maladie parodontale chronique et a suivi un programme d'entretien parodontal, mais présente des zones de maladie réfractaire.

3. Gingivoplastie et gingivectomie

Les SSNA prendront en considération le paiement, une fois le traitement gingival préliminaire complété (détartrage et surfaçage radiculaire) et lorsque :

- le fournisseur de soins aura indiqué la présence d'une hyperplasie gingivale associée à une fiche pharmaceutique positive d'agents hyperplasiques gingivaux connus.

4. Greffons gingivaux

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le fournisseur a indiqué la présence d'une perte pathologique de gencives qui conduit à une largeur gingivale inadéquate pour une dent ou des dents qui ont été jugées essentielles comme pilier pour une prothèse amovible.

Les SSNA ne prendront pas en considération le paiement lorsque :

- la dent ou les dents pour lesquelles une greffe est requise présentent une maladie parodontale chronique sévère; et
- les greffons gingivaux servent à des fins esthétiques.

5. Chirurgie parodontale

En règle générale, les SSNA ne couvrent pas la chirurgie parodontale, bien qu'elle puisse être considérée dans des cas exceptionnels où une maladie parodontale réfractaire peut être confirmée. Les demandes de paiement pour l'entretien d'une maladie parodontale chronique

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

au delà d'une hygiène buccale adéquate, du détartrage ou du surfaçage radiculaire dépassent les limites du programme des SSNA.

6. Appareil parodontal pour contrôler le bruxisme

Les SSNA prendront en considération le paiement lorsque :

- le fournisseur de soins a indiqué une attrition excessive des dents, comme en témoignent les facettes d'usure non appropriées à l'âge ou de multiples facettes d'usure importantes;
- le bénéficiaire a des douleurs neuralgiformes sous forme de spasmes musculaires, de mouvements mandibulaires asymétriques ou inhibés; et
- le bénéficiaire présente une mobilité articulaire anormale, des crépitations, des douleurs, des tuméfactions et/ou des mouvements asymétriques.

Les SSNA ne prendront pas en considération le paiement lorsque :

- le bénéficiaire n'a pas une dentition définitive à éruption complétée;
- le bénéficiaire présente des crispations en occlusion, un bruxisme ou des crépitations asymptomatiques; et
- l'appareil sera utilisé comme protège-dents (par exemple, dans des activités sportives).

Cadre de travail sur les soins dentaires Programme des Services de santé non assurés

Politique concernant l'orthodontie

Le programme des SSNA couvre un éventail limité de services orthodontiques pour les Premières nations et les Inuits. Les bénéficiaires doivent satisfaire au critère clinique (une malocclusion dentaire importante causant une invalidité fonctionnelle) et aux lignes directrices du Programme pour que leur traitement d'orthodontie soit couvert. Santé Canada compte sur les praticiens en soins dentaires pour aider les bénéficiaires à soumettre les informations requises pour qu'une révision soit possible.

Une malocclusion dentaire importante causant une invalidité fonctionnelle se caractérise par :

- des anomalies dentofaciales comme le bec-de-lièvre et la fissure du palais (sans limite d'âge);
- une combinaison d'anomalie squelettique (Antéro-potérieur (AP), transversale et/ou verticale) et de limitations fonctionnelles graves.

Le but du traitement doit être de résoudre les anomalies observées. Les bénéficiaires doivent avoir moins de 18 ans au moment où leur cas est soumis pour une évaluation.

Les demandes de paiement pour les traitements orthodontiques soumises au *Centre de révision en orthodontie* doivent inclure ce qui suit :

A. Un exposé des faits

- qui identifie la condition pour laquelle le traitement est demandé;
- qui explique le diagnostic et le pronostic;
- qui indique le traitement de base complété jusqu'à présent, l'état de santé buccodentaire du bénéficiaire et sa motivation;
- qui inclut un plan de traitement détaillé;
- qui estime la durée de la phase active, de la phase de rétention du traitement et des coûts; et
- qui identifie les autres informations justificatives pertinentes.

B. Des dossiers diagnostiques complets

- des modèles orthodontiques diagnostiques (découpés);
- des radiographies et un tracé céphalométriques;
- des photographies, trois en intra-oral, trois en extra-oral; et
- une radiographie panoramique ou de la bouche complète.

Un des formulaires suivants doit être soumis avec la demande de paiement de tout service dentaire : un formulaire normalisé de soins dentaires, une demande de règlement de soins dentaires et de plan de traitement de l'ACDQ, un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

Exigences relatives à la soumission des demandes de paiement pour un traitement orthodontique d'interception

Comme mesure préventive, le paiement sera considéré pour la prestation d'un traitement orthodontique d'interception (procédures de la série 8000) dans la phase orthodontique mixte de la croissance des dents.

Toute demande de paiement pour un traitement d'interception soumise au *Centre de révision en orthodontie* doit inclure ce qui suit :

- des dossiers diagnostiques, incluant des modèles de travail et une radiographie panoramique;
- un exposé des faits qui indique l'objectif ou les objectifs du traitement, un plan de traitement, la durée prévue du traitement actif et les honoraires anticipés; et
- un formulaire approprié parmi ceux énumérés plus haut.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

4. PRÉDÉTERMINATION

Prédétermination

Les services énumérés dans la Nomenclature B de la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA requièrent une prédétermination avant le début du traitement.

Vérification préalable

Un service de vérification préalable a été mis en place pour empêcher le rejet des demandes de paiement à cause du non-respect de la limite de fréquence. Le Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA de FCH peut faire la vérification préalable d'un acte dentaire qui n'exige pas une prédétermination de la DGSPNI, mais dont la fréquence est limitée en vertu de la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA en vigueur actuellement.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

5. PAIEMENT ET REMBOURSEMENT

Politique concernant les demandes de paiement pour soins dentaires

Les demandes doivent être soumises au programme des SSNA à l'intérieur d'une année à partir de la date où les soins dentaires sont fournis. Cette politique s'applique aux paiements versés aux fournisseurs de soins dentaires pour des services rendus et aux remboursements versés aux bénéficiaires qui ont payé directement des honoraires au fournisseur.

Politique concernant les demandes de remboursement au bénéficiaire

Les demandes de paiement pour une couverture rétroactive doivent être reçues à l'intérieur d'une période d'une année à partir de la date de service.

Toutes les demandes de remboursement de soins admissibles doivent inclure :

- les reçus originaux; et
- un formulaire normalisé de soins dentaires, une demande de règlement de soins dentaires et de plan de traitement de l'ACDQ, un formulaire généré par ordinateur ou un formulaire DENT-29 du programme des SSNA accompagné du Formulaire de demande de remboursement du bénéficiaire des SSNA.

Pour obtenir un Formulaire de demande de remboursement du bénéficiaire des SSNA, veuillez communiquer avec votre bureau régional de la DGSPNI ou visitez notre site Web au www.santecanada.gc.ca/ssna

Politique concernant la coordination des services

Le programme des SSNA offre des services fondés sur les politiques établies pour fournir aux bénéficiaires admissibles un accès à des services qui ne seraient pas disponibles autrement en vertu des régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux ou en vertu de programmes fédéraux. La politique du programme des SSNA visant à assurer un accès à ces services est de ne pas fournir une couverture aux bénéficiaires admissibles pour des services qui sont offerts en vertu d'autres régimes d'assurance-maladie.

Les demandes qui comprennent un règlement partiel par un régime provincial ou territorial ou une coordination des services avec un régime de soins dentaires géré par une tierce partie peuvent seulement être soumises manuellement. Elles doivent être accompagnées d'une explication des services (EDS). La prédétermination des services est requise pour les services énumérés dans la Nomenclature B.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

Demandes de paiement soumises par voie électronique – Système *Échange électronique de données* (ÉÉD)

Les praticiens en soins dentaires peuvent soumettre des demandes de paiement et des corrections apportées aux renseignements déjà transmis le jour même à l'aide du système ÉÉD afin d'obtenir un règlement en temps réel. Cette option est offerte aux praticiens en soins dentaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Pour obtenir de plus amples informations relatives aux demandes de paiement, veuillez consulter la *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires (TIPSD)*.

6. EXCEPTIONS

Les exceptions sont des actes dentaires qui ne relèvent pas du programme des SSNA ou qui demandent une considération spéciale.

7. EXCLUSIONS

Les exclusions sont des soins dentaires qui ne relèvent pas du programme des SSNA et qui ne peuvent être fournis ni considérés pour un processus d'appel. Par exemple,

- les implants;
- les facettes;
- l'augmentation de crête;
- les appareils de Halstrom;
- les services cosmétiques.

Cadre de travail sur les soins dentaires Programme des Services de santé non assurés

ANNEXE A

DÉFINITIONS

Processus d'appel

C'est un processus entamé par le bénéficiaire en vue de reconsidérer un traitement refusé par un dentiste ou consultant dentaire régional. À chacun des trois niveaux d'appel, (dentiste régional, directeur régional, directeur général du programme des SSNA), l'information justificative soumise par le praticien en soins dentaires sera examinée par des consultants dentaires (spécialistes dentaires, dentistes, denturologistes lorsque nécessaire). La décision sera prise en fonction des besoins spécifiques du bénéficiaire, de la recherche scientifique accumulée, de la disponibilité des solutions de rechange et des politiques établies par le programme des SSNA.

Plan de traitement complet

Un plan de traitement complet identifie tous les besoins en soins dentaires du bénéficiaire.

Auxiliaires dentaires/personnel de soutien

Ce sont des personnes qui fournissent de l'aide au dentiste ou consultant dentaire régional pour accélérer le processus de prédétermination en s'assurant que chaque demande de prédétermination pour soins dentaires soumise soit accompagnée des renseignements et des documents appropriés qui permettent de prendre une décision éclairée.

Services dentaires d'urgence

Dans la plupart des cas, les soins dentaires d'urgence peuvent être envoyés directement à FCH pour règlement.

Les soins dentaires d'urgence comprennent ce qui suit :

- diagnostic des problèmes dentaires aigus spécifiques incluant les examens et les radiographies pertinentes;
- les actes dentaires pour enrayer les hémorragies d'origine dentaire qui comprennent, mais ne se limitent pas aux pansements sédatifs, pansements d'alvéoles dentaires et aux points de suture, si l'acte dentaire initial a été fourni par un autre dentiste; et
- les soins préliminaires pour un traumatisme buccal incluant le traitement offert en milieu hospitalier sous anesthésie générale ou sédation (excluant les soins dentaires assurés par les provinces ou les territoires).

En général, les actes dentaires de routine ne font pas partie des soins dentaires d'urgence.

Soumission des frais de laboratoire

La plupart des soins dentaires exigeant du travail en laboratoire doivent être prédéterminés.

Les frais de laboratoire qui ne sont pas associés à un code d'acte dentaire valide dans les cas où les frais de laboratoire sont autorisés, seront rejetés à moins qu'une exception ait été accordée par le biais du processus de prédétermination.

Cadre de travail sur les soins dentaires

Programme des Services de santé non assurés

Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA/Guide *Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires* de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

La Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA énumère les soins dentaires couverts par le Programme et est basée sur le *système de codage normalisé et la liste des services de l'Association dentaire canadienne*. Au Québec, les codes sont basés sur le guide *Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires* de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

« P »

Il s'agit de l'indicatif lié à un code d'acte dentaire nécessitant toujours une prédétermination tel qu'il est identifié dans la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA actuellement en vigueur.

Prédétermination

La prédétermination est une méthode d'administration et de règlement des soins dentaires qui permet au praticien et au bénéficiaire de comprendre le traitement proposé et les engagements en matière de financement.

Prescription de médicaments pour les bénéficiaires du programme des SSNA (succédané le moins coûteux)

Le programme de médicaments des SSNA couvre les médicaments requis prescrits par un dentiste. Le programme des SSNA couvre le coût du « succédané le moins coûteux » – c'est-à-dire le médicament le moins cher disponible qui contient exactement les mêmes ingrédients actifs que le médicament prescrit initialement. Les pharmaciens connaissent le processus d'exception destinés aux médicaments requis mais qui ne sont pas couverts par le programme des SSNA.

Vérification préalable

Le Centre d'information à numéro sans frais sur les SSNA de FCH peut faire la vérification préalable d'un acte dentaire qui n'exige pas une prédétermination de la DGSPNI, mais dont la fréquence est limitée en vertu de la Grille régionale des soins dentaires du programme des SSNA en vigueur actuellement.

Fournisseur

Un dentiste ou un denturologiste détenant un permis d'exercer en tant que praticien en soins dentaires.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

ANNEXE B

ADMISSIBILITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour être admissible au programme des SSNA, un individu doit être :

- un Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* (depuis décembre 2002, un Indien inscrit peut être un Innu de Davis Inlet ou de Sheshatshiu); ou
- un Inuit reconnu par une des organisations de revendication territoriale des Inuits - Nunavut Tunngavik Inc., Inuvialuit Regional Corporation, Makivik Corporation ou Labrador Inuit Association. Pour les Inuits qui résident à l'extérieur d'une région faisant l'objet d'une revendication territoriale, une lettre de reconnaissance émise par une des organisations de revendication territoriale des Inuits et un certificat de naissance détaillé sont requis; ou
- un Cri de la baie James ou un Inuit du nord québécois qui vit en permanence à l'extérieur de la région couverte par la *Convention de la baie James et du nord québécois* ou qui ne vivait pas sur le territoire au moment où la convention a été signée; et
- actuellement inscrit ou admissible à une inscription en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial; et
- un résident du Canada, ou un étudiant ou travailleur migrant à l'extérieur du Canada qui est inscrit ou admissible à une inscription en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.

Des informations relatives aux numéros d'identification de bénéficiaire pour les membres des Premières nations inscrits et les Inuits reconnus admissibles sont présentées dans la section 1.1 de la *Trousse d'information pour le praticien en soins dentaires (TIPSD) des SSNA*.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

ANNEXE C

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada s'engage à respecter la vie privée et à protéger les renseignements personnels qu'il détient. Lorsqu'il reçoit une demande de prestation, le programme des SSNA recueille, utilise, communique et conserve les renseignements personnels du demandeur conformément aux lois en vigueur sur la protection des renseignements personnels. Le programme des SSNA ne recueille que les renseignements nécessaires pour assurer et vérifier les prestations.

Comme tout programme fédéral, le programme des SSNA doit observer la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi sur l'accès à l'information*, ainsi que les politiques et lignes directrices établies par le Conseil du Trésor, notamment la Politique sur la Sécurité du gouvernement et la politique sur la sécurité de Santé Canada. Le Code de protection des renseignements personnels des SSNA se conforme à ces lois et politiques.

Le Code de protection des renseignements personnels des SSNA a pour objectifs :

- d'exposer les engagements auxquels est lié le programme des SSNA pour garantir que les renseignements personnels recueillis pour l'exécution, l'administration et la gestion du Programme demeureront confidentiels et seront traités de manière responsable et sécuritaire; et
- de favoriser la transparence et la responsabilité et de mieux faire connaître les procédures et les pratiques touchant la protection des renseignements personnels dans le cadre du programme des SSNA.

Le Code de protection des renseignements personnels des SSNA se fonde sur les dix principes énoncés dans la Norme nationale du Canada intitulée *Code type sur la protection des renseignements personnels* (Code type de l'Association canadienne de normalisation), qui constitue également l'annexe 1 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE)* et que l'on considère couramment comme la norme nationale canadienne en matière de protection des renseignements personnels.

On trouvera le Code de protection des renseignements personnels en consultant le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante: www.santecanada.gc.ca/dgspni/ssna ou en s'adressant au bureau de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le Code de protection des renseignements personnels des SSNA fera l'objet de révisions et de mises à jour régulières, en fonction des changements en matière de protection de la vie privée apportés aux lois et aux politiques du gouvernement fédéral et/ou des changements apportés au Programme. Les responsables du Programme seront heureux de recevoir en tout temps tout conseil à propos du code.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

ANNEXE D

PROCESSUS D'APPEL

Tout bénéficiaire a le droit d'entamer un processus d'appel pour la reconsidération d'un traitement refusé en vertu du programme des SSNA. Il existe trois niveaux d'appel. Les appels doivent être soumis par écrit et peuvent être entamés par le bénéficiaire, un tuteur légal ou un interprète. À chaque niveau, l'appel doit être accompagné d'informations pertinentes justifiant un besoin exceptionnel.

À chaque niveau d'appel, les informations seront révisées par une structure d'appel indépendante qui formulera des recommandations aux responsables du programme sur la base des besoins du bénéficiaire, de la disponibilité des solutions de rechange et des politiques établies par le programme des SSNA.

Appel de niveau 1

Le premier niveau d'appel est celui du dentiste régional ou gestionnaire régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

Appel de niveau 2

Si un bénéficiaire n'est pas d'accord avec une décision rendue au niveau 1 et qu'il souhaite aller de l'avant, il peut se prévaloir du niveau 2, qui est celui du directeur régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Des structures régionales mixtes pourraient être mises en place.

Appel de niveau 3

Si l'appel est refusé au niveau 2 et que le bénéficiaire refuse la décision rendue, il peut soumettre sa demande au troisième et dernier niveau d'appel en s'adressant au directeur général du programme des SSNA : Directeur général, Services de santé non assurés (SSNA), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Immeuble Jeanne Mance, Localisateur postal 1919A, bureau 1909A, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0K9.

À tous les niveaux du processus d'appel, le bénéficiaire obtiendra une explication écrite de la décision rendue.

Note : Aux trois niveaux de l'appel en orthodontie, les soumissions sont transmises au Centre de révision en orthodontie, où les dossiers sont examinés par une structure d'appel indépendante.

Cadre de travail sur les soins dentaires
Programme des Services de santé non assurés

ANNEXE E

PROGRAMME DE VÉRIFICATION DES SSNA

Le programme des SSNA se réserve le droit d'entamer des activités de vérification. Ces activités administratives sont requises aux fins de la conformité aux exigences de responsabilisation relatives à l'utilisation des fonds publics et aux conditions générales du Programme. La qualité d'un diagnostic, d'un plan de traitement ou du résultat d'un traitement relève de l'organisme de réglementation professionnelle de la province ou du territoire.

Les objectifs du Programme de vérification des praticiens en soins dentaires de FCH sont :

- détecter les irrégularités dans les factures et les demandes de paiement, qu'il s'agisse d'erreurs ou de demandes frauduleuses;
- s'assurer que les services payés ont été fournis aux bénéficiaires;
- s'assurer que les documents à l'appui portant sur chaque demande sont conservés et conformes aux conditions générales relatives au Programme; et
- s'assurer de la conformité avec l'ensemble des politiques du Programme.

Les composantes du Programme de vérification sont indiquées ci-dessous :

- Programme de vérification au lendemain de la soumission des demandes de paiement : Il s'agit de l'examen d'un échantillon défini de demandes de paiement soumises par des praticiens en soins dentaires le lendemain de leur réception par FCH.
- 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 qu'ils ont bien reçu les soins dentaires 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.

Les activités de vérification sont fondées sur des pratiques et des principes comptables généralement admises. Les dossiers relatifs aux bénéficiaires du programme des SSNA doivent être conservés pour tous les services fournis conformément aux lois applicables. Tous les dossiers doivent être traités de manière confidentielle en conformité avec toutes les lois fédérales, provinciales ou territoriales applicables.