



Informations à saisir sur les reçus servant au remboursement de services ou de biens médicaux au titre d'une garantie collective

Voici une liste de pratiques recommandées à laquelle se reporteront les prestataires pour la facturation de services ou de biens médicaux à leurs clients. Mise au point par les sociétés membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), cette liste constituera un outil important pour veiller à ce que les demandes de règlement légitimes soient honorées rapidement. Ces pratiques contribueront en outre à réduire la fraude et les retards pour cause de renseignements incomplets.

Généralités :

Les pratiques recommandées ici sont généralement les mêmes pour les reçus manuscrits et les reçus informatisés. Cependant, il faudra s'assurer que l'information figurant sur les reçus manuscrits est bien lisible.

Les doubles des reçus remis aux clients doivent porter en évidence la mention :

DOUBLE DE L'ORIGINAL DÉLIVRÉ LE (DATE)

Les prestataires ne doivent pas laisser de champs vides sur le reçu, afin d'éviter toute possibilité de fraude. Si un champ n'est pas applicable, il faut inscrire **S.O.** (sans objet) ou mettre un zéro pour indiquer un montant nul. Une information complète sur le reçu diminue le risque de falsification du reçu ou de refus de remboursement.

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Date du reçu	<p>Date à laquelle le service a été rendu.</p> <p>Nous suggérons la présentation suivante pour la date :</p> <p>AAAA/MM/JJ</p>	<p>Achats en ligne (p. ex., soins de la vue : verres de contact, montures, lentilles) : on peut indiquer la date à laquelle le bien a été livré ou reçu, ou la date du reçu.</p> <p>Achat ou réception du bien chez un prestataire agréé : la date retenue aux fins du remboursement sera celle à laquelle le bien aura été payé, et c'est cette date qu'il faudra indiquer comme date du reçu.</p> <p>Nous suggérons la présentation suivante pour la date :</p> <p>AAAA/JJ/MM</p>	<p>Reçus multiples ou dates de service multiples figurant sur un seul reçu : toutes les dates des services doivent être clairement indiquées, et seules les dates auxquelles les services ont été achevés doivent être indiquées aux fins du remboursement.</p> <p>Les services devant être rendus à une date future ne seront pas pris en compte pour un remboursement.</p> <p>Les présentes recommandations sont conformes à la norme sur les spécifications des chèques formulée par l'Association canadienne des paiements et aux normes concernant les chèques internationaux.</p>
Nom du prestataire	<p>Prénom et nom de famille au complet de la personne qui a rendu le service. Ce même nom devra toujours figurer sur tous les reçus remis par le prestataire de services médicaux.</p> <p>Lorsque le service est rendu par une clinique regroupant plusieurs praticiens, indiquer le nom du praticien en plus du nom de la clinique, s'il y a lieu.</p>	<p>Prénom et nom de famille au complet de la personne ou raison sociale complète de l'entreprise qui a fourni le bien. Ce même nom devra figurer sur tous les reçus remis par le prestataire de biens médicaux.</p>	<p>Toute délégation de paiement doit se faire en faveur du prestataire qui a rendu le service et non de la clinique. Cette mesure permettra, entre autres, de déceler l'usurpation d'identité du prestataire.</p>

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Adresse du prestataire	Adresse professionnelle de la personne qui a rendu le service.	Adresse professionnelle (lieu physique où le bien est fourni) de la personne ou de l'entreprise qui a fourni le bien.	Si l'adresse du lieu physique où le service a été rendu ou le bien a été fourni est différente de l'adresse donnée pour la délégation des prestations, indiquer clairement les deux adresses.
Téléphone du prestataire	Numéro de téléphone professionnel de la personne qui a rendu le service.	Numéro de téléphone professionnel de la personne ou de l'entreprise qui a fourni le bien.	S.O.
Numéro matricule ou titre professionnel du prestataire	<p>Prestataires réglementés par une autorité provinciale</p> <p>Le prestataire doit indiquer clairement son titre professionnel.</p> <p>Exemple : Naturopathe – ND Chiropraticien – DC</p> <p>ET</p> <p>Le prestataire doit indiquer clairement son numéro d'adhésion ou numéro matricule attribué par l'organisme réglementaire ou</p>	<p>Indiquer clairement sur le reçu le nom et l'adresse du prestataire.</p> <p>Il faut également indiquer le nom et l'adresse des parties externes ayant participé à la fabrication du bien.</p> <p>Par exemple, pour les orthèses sur mesure ou les chaussures orthopédiques</p>	<p>Indiquer sur les reçus le nom de l'organisme professionnel, association, collège ou ordre.</p> <p>Sinon, un complément d'information pourrait être exigé s'il existe des doutes quant à l'utilisation d'un titre protégé.</p>

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
	<p>professionnel.</p> <p>Prestataires non réglementés</p> <p>Le prestataire doit clairement indiquer son numéro matricule ou son titre professionnel identifiant l'organisme professionnel auprès duquel le prestataire est inscrit ou auquel il est affilié.</p> <p>Exemples :</p> <p>Massage Therapy Association of Manitoba – MTAM</p> <p>Nova Scotia Association of Acupuncturists – NSAA</p> <p>ET</p> <p>Indiquer le numéro d'adhésion ou numéro matricule attribué par l'organisme professionnel.</p>		

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Nom du client	Prénom et nom de famille de la personne qui a reçu le service médical.	Prénom et nom de famille de la personne qui a reçu le bien médical et à qui le bien est destiné.	<p>Lorsque, dans une famille, le père et le fils portent le même prénom, il faut indiquer « père » ou « fils », selon le cas, ou indiquer un second prénom distinctif, afin que l'information du client soit versée dans le dossier approprié.</p> <p>Les adhérents d'un régime d'assurance collective devraient toujours indiquer également, sur la demande de remboursement, le nom de la personne qui a reçu le bien ou le service.</p> <p>Si plus d'un membre d'une même famille achètent des biens en ligne, tels des verres correcteurs, indiquer le nom de chaque membre sur le reçu.</p>

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Type de service ou de bien	<p>Description détaillée du service fourni</p> <p>Indiquer s'il s'agit d'une première consultation ou d'une consultation subséquente.</p> <p>Exemple : Massothérapie Shiatsu – première consultation Massage en profondeur – consultation de suivi Ajustement chiropratique – première consultation</p>	<p>Description détaillée du bien fourni</p> <p>Indiquer la marque et le numéro de modèle, le cas échéant.</p> <p>Décrire toute modification apportée à un article de série.</p>	<p>Pour certains articles, dispositifs ou appareils, un complément d'information pourrait être exigé.</p> <p>Les services ou biens regroupés sur un même reçu doivent faire l'objet d'une ventilation.</p>
Quantité fournie	<p>Si le reçu porte sur des paiements pour différentes dates de service, indiquer toutes les dates sur le reçu.</p>	<p>Indiquer clairement la quantité de biens fournis ou le nombre de jours de provision de ces biens, sinon un complément d'information pourrait être exigé.</p> <p>Exemple : Deux paires de bas de contention</p>	S.O.
Durée du traitement	<p>Si les services sont facturés selon un taux horaire ou à la vacation, indiquer la durée du service.</p> <p>Exemple : massage de 30 minutes</p>		<p>En cas de contestation de la durée du service servant à déterminer le montant à verser qui sera déduit du remboursement maximal permis pour un assuré, un complément d'information pourrait être exigé si la durée du service n'est pas indiquée.</p>
Date de la fourniture du service ou du bien	<p>Indiquer la date du service si le service a été rendu à une date autre que la date du reçu.</p> <p>Si le reçu porte sur des paiements pour différentes dates de service, indiquer toutes les dates sur le reçu.</p>	<p>Achats en ligne (p. ex., pour soins de la vue) : on peut indiquer la date à laquelle le bien a été livré ou reçu, ou la date du reçu.</p> <p>Achat ou réception de biens chez un prestataire : la date retenue aux fins du remboursement sera celle à laquelle le bien aura été payé.</p>	

Recommandations quant aux champs à remplir et à l'information à saisir sur les reçus.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SUR TOUS LES REÇUS			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Montant facturé	<p>Le montant ouvrant droit à remboursement correspondra au coût réel du service pour le client, net de tout rabais qui pourrait être appliqué.</p> <p>Exemple : 1 \$</p>	<p>Le montant ouvrant droit à remboursement correspondra au coût réel du bien pour le client, net de tout rabais qui pourrait être appliqué.</p> <p>Exemple : 1 \$</p>	<p>Toujours indiquer le symbole du dollar (\$) immédiatement après le montant facturé afin de réduire le risque de fraude.</p> <p>Exemple : 100 \$ et non simplement 100</p> <p>Ne pas indiquer que le paiement a été effectué avant que le paiement n'ait été effectivement reçu.</p> <p>Indiquer s'il y a eu paiement anticipé pour services futurs.</p> <p>Prière de noter qu'aucuns frais d'envoi relatifs aux achats en ligne ne sont remboursables.</p>
Paiements par un régime d'État	<p>Indiquer tout paiement versé au prestataire du service par un régime d'État.</p>	<p>Indiquer tout paiement versé au prestataire du bien par un régime d'État.</p>	<p>Indiquer clairement sur le reçu tout paiement effectué par un régime d'État pour un service ou un bien, ou annexer au reçu une description des prestations versées par un régime d'État ou de l'aide financière fournie par un programme d'État.</p> <p>Exemple : Programme d'appareils et accessoires fonctionnels en Ontario</p>
INFORMATION FACULTATIVE			
CHAMP	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – SERVICES MÉDICAUX	DESCRIPTION DE L'INFORMATION – BIENS MÉDICAUX	REMARQUES
Numéro du reçu	<p>Le numéro du reçu attribué par le prestataire de service</p>	<p>Le numéro du reçu attribué par le prestataire du bien</p>	<p>Cette information est utile pour lutter contre la fraude à l'assurance, puisqu'elle permet de réduire le risque de dédoublement des reçus et permet au prestataire d'identifier facilement les reçus.</p>
Mode de paiement	<p>Espèces, chèque, carte de crédit ou bancaire</p>	<p>Espèces, chèque, carte de crédit ou bancaire</p>	<p>L'indication du mode de paiement par le prestataire est facultative. Cependant, le reçu ne doit indiquer qu'il y a eu paiement intégral que si le paiement a été effectivement reçu.</p>