



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

Dispositions relatives aux services et exigences en matière de paiement

Programme pour l'autonomie
des anciens combattants

En vigueur le 10 juillet 2014

Dispositions relatives aux services et exigences en matière de paiement

Programme pour l'autonomie des anciens combattants

Les Dispositions relatives aux services et exigences en matière de paiement (DSEP) s'appliquent aux fournisseurs du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) à compter du 10 juillet 2014 et remplacent toutes les versions précédentes des Dispositions relatives aux services et exigences visant le paiement.

Les exigences s'appliquent aux fournisseurs de services du PAAC conformément au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* en contrepartie d'un paiement aux programmes de soins de santé administré par Croix Bleue Medavie en vertu d'un contrat conclu avec Anciens Combattants Canada (ACC).

1. Aux fins du présent document :

« Client » désigne une personne qui est admissible aux avantages médicaux ou aux services de santé conformément au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*.

« Croix Bleue » désigne Croix Bleue Medavie et ses agents au Canada.

« Programme pour l'autonomie des anciens combattants » est un groupe précis de services indiqués dans le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* qui sont offerts à un client sous réserve des règles d'admissibilité, d'une évaluation des besoins et des exigences relatives à une autorisation préalable par le personnel des bureaux de secteur d'ACC, comme l'énonce le tableau des avantages qui s'y rattache.

« Fournisseur » désigne un professionnel de la santé ou une autre personne qui fournit un service à un client et qui soumet une demande à Croix Bleue aux termes du PAAC.

« Date des services » désigne la date à laquelle les services sont fournis par un fournisseur et à laquelle le client les reçoit et les accepte.

« Carte d'identité des soins de santé d'ACC » désigne la carte délivrée par Croix Bleue, au nom d'ACC, qui identifie un client et les avantages médicaux auxquels ce dernier est admissible.

« *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* » désigne le règlement, modifié de temps à autre, établi conformément à la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*, 1985, L.R.C., c. V-1.

« Recouvrement » désigne une sanction pécuniaire imposée par l'agent d'ACC (Croix Bleue) à un fournisseur qui a omis de se conformer aux exigences sur le paiement énoncées dans le présent document et le tableau respectif des avantages. La conformité aux exigences est déterminée par le processus de vérification rétrospective exposé dans la partie intitulée « Vérification des demandes ».

Fournisseurs de services du PAAC

2. Un fournisseur doit satisfaire aux critères et aux exigences établis par les politiques d'ACC, dont le barème des avantages et des services du PAAC.
3. Si un fournisseur choisit de recourir à un sous-traitant pour offrir les services en son nom, il lui incombe de voir à ce que le sous-traitant réponde aux critères et aux exigences des fournisseurs de services du PAAC.

Présentation des demandes de paiement au PAAC

4. À moins de mention contraire dans le présent document, un fournisseur qui soumet une demande de règlement ayant trait au coût des services du PAAC fournis à un client doit répondre aux conditions suivantes :
 - a. soumettre la demande seulement après la date des services;
 - b. soumettre la demande à Croix Bleue, ou à ACC, si on le lui demande, à l'aide du formulaire de demande approprié et du code d'avantage qui s'applique aux services du PAAC;
 - c. soumettre une demande portant sur un montant qui ne dépasse pas le montant correspondant au taux payable au fournisseur par un client autre qu'un ancien combattant, qui paie directement le coût des services;
 - d. être payé au taux établi pour les services conformément au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* et aux exigences, politiques, tableaux d'avantages ou barèmes établis aux termes de celui-ci, et le paiement versé par ACC à ce taux représentera la contrepartie totale par rapport à la demande au taux usuel qui est imposé pour ces services ou ces soins dans la collectivité;
 - e. confirmer que la demande est fidèle et exacte à sa connaissance;
 - f. confirmer que la demande ne comprend aucun montant relativement à des services du PAAC fournis à un client pour lequel le fournisseur a autrement été remboursé conformément à un système provincial des soins de santé, un programme législatif provincial ou fédéral, un programme municipal ou un autre tiers payeur;
 - g. confirmer l'admissibilité des avantages ou des services selon le barème des avantages et des services du PAAC avant de fournir les avantages ou les services au client;
 - h. confirmer que la demande se conforme aux exigences précisées dans le barème des avantages et des services du PAAC;
 - i. ne pas facturer de frais au-dessus du coût maximum autorisé par ACC;
 - j. s'assurer que les corrections qui s'imposaient à un formulaire de demande, à un bon, à une demande de travaux ou à une facture ont été portées à l'attention du client qui les a parafées à la date où les services ont été rendus, et ce, avant que la demande de règlement soit soumise.

5. À l'exception d'un formulaire de demande électronique, un formulaire de demande de services du PAAC soumis par un fournisseur sera signé par le client ou son représentant. Une facture, un bon ou une demande de travaux indiquant que les travaux ont été accomplis et précisant les heures travaillées est acceptable, à la condition que le client ou son représentant l'ait signé. Dans le cas d'un fournisseur qui soumet une demande portant sur des services de soins intermédiaires en soins infirmiers ou de soins en établissement pour adultes, un formulaire de confirmation annuel signé par le client ou son représentant sera accepté. Dans le cas d'un représentant signant au nom du client, il faut fournir une note établissant la raison pour laquelle le client était incapable de signer le formulaire.

Remarque : Le fournisseur des services ne peut pas signer au nom du client, ni ne peut faire signer les formulaires de demande, les demandes de travaux ou les bons avant que les travaux soient effectués.

6. Le fournisseur doit signer les formulaires de demande sauf si la présentation de la demande de paiement est faite électroniquement.
7. Un fournisseur ne doit pas soumettre de demande relative à des services du PAAC lorsque les services n'ont pas été fournis. Ces circonstances comprennent, entre autres, les suivantes :
 - a. le client a annulé la demande de services;
 - b. la date prévue des services tombait sur un jour férié;
 - c. il y a eu lock-out; et,
 - d. le fournisseur a omis de fournir les services prévus.
8. Tous les services doivent être approuvés au préalable par ACC ou le client.
9. Les fournisseurs qui facturent les services à l'aide du code d'avantage du PAAC ayant trait aux services de santé et de soutien ne doivent pas facturer les mêmes services aux termes du PDC 8 – Services de soins infirmiers, ce qui reviendrait à facturer en trop le programme et risque d'entraîner le recouvrement du montant facturé.

10. Les fournisseurs qui facturent les services à l'aide du code d'avantage du PAAC ayant trait à l'accès aux services d'alimentation ne doivent pas facturer les mêmes services aux termes du PDC 2 – Services d'ambulance/Déplacements à des fins médicales, ce qui reviendrait à facturer en trop le programme et risque d'entraîner le recouvrement du montant facturé.
11. Les fournisseurs qui facturent les services à l'aide du code d'avantage du PAAC ayant trait au transport pour participer à des activités sociales ne doivent pas facturer les mêmes services aux termes du PDC 2 – Services d'ambulance/Déplacements à des fins médicales, ce qui reviendrait à facturer en trop le programme et risque d'entraîner le recouvrement du montant facturé.
12. Les fournisseurs qui facturent les services à l'aide du code d'avantage du PAAC ayant trait aux soins ambulatoires ne doivent pas facturer les mêmes services aux termes du PDC 2 – Services d'ambulance/Déplacements à des fins médicales, ce qui reviendrait à facturer en trop le programme et risque d'entraîner le recouvrement du montant facturé.

Règlement des demandes

13. Croix Bleue traitera une demande dans les limites des *normes précisées à partir du contrat conclu* avec un fournisseur, et sous réserve des exceptions suivantes, paiera le fournisseur au taux approprié :
 - a. une demande soumise qui ne réunit pas les conditions énoncées dans les parties précédentes du document ne sera pas traitée;
 - b. une demande soumise à une date qui remonte à plus de dix-huit (18) mois à partir de la date des services ne donne pas droit à un paiement; et
 - c. une demande qui autrement ne se conforme pas aux exigences ou qui n'est pas conforme au barème des avantages et des services ne donne pas droit à un paiement.

Vérifications des demandes

14. Croix Bleue peut vérifier une demande de services du PAAC pour déterminer si celle-ci se conforme aux exigences. Lorsque Croix Bleue établit que les exigences n'ont pas été satisfaites, elle déterminera que la demande ne donne droit à aucun paiement ou, si le paiement a été versé au fournisseur, que ce paiement constituera une créance soumise à un recouvrement de la part de Croix Bleue.
15. Croix Bleue a le droit de soumettre à une vérification une demande soumise par un fournisseur, peu importe si la demande a été réglée ou n'a pas encore été réglée, ce qui comprend les demandes qui ont été approuvées au préalable par l'Administration centrale d'ACC ou un bureau de secteur d'ACC.
16. Croix Bleue a le droit d'accéder aux registres et aux renseignements se rattachant à la demande du fournisseur, y compris, entre autres, les factures, les états de compte (lorsque les registres servent à justifier le montant facturé), ainsi que les formulaires de demande, et de les photocopier.
17. Lorsque, à la suite d'une vérification, Croix Bleue détermine que des registres manquent ou sont invalides, le fournisseur ne peut soumettre de registres réémis ou établis en double, y compris, entre autres, les feuilles de présence, les factures, les notes évolutives ou les plans d'intervention, après la date de la vérification pour justifier ses demandes de règlement.
18. Lorsque, à la suite d'une vérification, Croix Bleue détermine que la signature du client qui est exigée pour confirmer les services rendus, manque ou est invalide, le fournisseur ne peut acquérir, soumettre à nouveau ou reproduire la signature du client pour justifier la demande, qui constitue ainsi une créance soumise à un recouvrement de la part de Croix Bleue.

19. À la conclusion d'une vérification, Croix Bleue doit aviser immédiatement le fournisseur par écrit de la décision découlant de cette vérification et du montant de la demande, s'il y a lieu, qui fera l'objet d'un paiement ou d'un recouvrement.
20. Sauf autorisation contraire d'ACC, le fournisseur ne peut pas demander à un client de rembourser au fournisseur ou à ACC le coût d'un service quelconque fourni dans le cadre du PAAC et ce si la demande du fournisseur est jugée inadmissible au paiement ou si la demande a été recouvrée par Croix Bleue à la suite d'une vérification.

Recours à la suite d'une vérification

21. Un fournisseur peut, dans les quinze (15) jours ouvrables suivant la date de réception de la décision découlant de la vérification, demander que Croix Bleue révise cette décision. Il doit adresser sa demande de révision par écrit à l'adresse suivante :

Unité nationale des enquêtes
Croix Bleue Medavie
C. P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

22. Aux fins d'une révision, le fournisseur peut soumettre des raisons ou des renseignements nouveaux ou supplémentaires pour expliquer pourquoi la totalité ou une partie de la demande donne droit à un paiement. Les renseignements soumis seront examinés par Croix Bleue qui, dans un délai raisonnable, prendra une décision découlant de la révision au sujet de l'admissibilité de la demande à un paiement. Croix Bleue avisera le fournisseur immédiatement par écrit de cette décision.
23. Un fournisseur peut, dans les quinze (15) jours ouvrables de la date de réception de la décision découlant de la révision, demander à ACC de réexaminer cette décision. Il doit adresser sa demande de réexamen par écrit à l'adresse suivante:

Anciens Combattants Canada
Gestionnaire, Programme pour l'autonomie des anciens combattants
161, rue Grafton
C. P. 7700,
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9

24. Aux fins d'un réexamen, le fournisseur peut soumettre des raisons ou des renseignements nouveaux ou supplémentaires pour expliquer pourquoi la totalité ou une partie de la demande donne droit à un paiement. Les renseignements soumis seront examinés par Croix Bleue qui, dans un délai raisonnable, prendra une décision au sujet de l'admissibilité de la demande de paiement. Croix Bleue avisera le fournisseur immédiatement par écrit de la décision découlant du réexamen.
25. La décision découlant du réexamen mené par ACC constituera un règlement définitif et exécutoire de la demande, sous réserve des autres recours judiciaires dont dispose le fournisseur.
26. À la date d'une décision découlant d'une vérification, d'une révision ou d'un réexamen ou à la suite d'un recours judiciaire dont dispose le fournisseur et en conformité avec la décision concernant les questions en litige entre la Croix Bleue et le fournisseur relativement à une demande:
 - a. un montant payable par une partie (payeur) à l'autre partie (bénéficiaire) sera payable sans délai, à la condition que le montant dépasse le paiement minimum de recouvrement établi par voie d'une politique d'ACC ou du PAAC; et
 - b. le fournisseur ne peut pas soumettre à nouveau une demande qui ne donne pas droit à paiement, et Croix Bleue ne sera pas obligée de régler cette demande.

Protection des renseignements personnels et propriété des renseignements

27. Il incombe au fournisseur de se conformer à toutes les lois pertinentes relativement à la protection des renseignements personnels en sa possession.

Statut du fournisseur

28. ACC se réserve le droit de déterminer qui peut participer en tant que fournisseur de services du PAAC. La non-conformité aux exigences peut entraîner l'annulation des priviléges de facturer Anciens Combattants Canada, à titre de fournisseur autorisé du PAAC. ACC peut refuser, suspendre ou annuler l'admissibilité d'un ou de plusieurs services pour les raisons suivantes, entre autres:

- a. le fournisseur refuse à Croix Bleue, l'accès aux registres et aux renseignements nécessaires à la réalisation d'une vérification ou omet autrement de collaborer à la réalisation d'une vérification;
- b. il publie ou distribue du matériel publicitaire ayant trait à des services qui mentionne ACC autrement que par l'avis suivant : « **Accepte la carte d'identité des soins de santé d'ACC** »;
- c. il cible spécifiquement la publicité au sujet de services sur les clients pour solliciter des affaires, sauf si cette publicité fait partie de matériel général distribué à tous les clients et à d'autres personnes;
- d. par écrit ou verbalement, il soutient qu'ACC endosse les services qu'il offre de préférence à ceux d'un autre fournisseur;
- e. il établit une relation contractuelle avec le client dans des conditions qui contreviennent aux DSEP;
- f. il communique avec les clients par téléphone ou d'autres moyens dans le but de solliciter des affaires;
- g. il ne conduit pas ses affaires de façon professionnelle;
- h. la prestation des services est insatisfaisante;
- i. il ne satisfait pas aux exigences énoncées dans le barème des avantages et des services du PAAC;
- j. il cesse de répondre aux critères et aux exigences d'ACC en matière de fraude qui s'appliquent aux fournisseurs de services du PAAC;
- k. il commet une fraude; et
- l. il n'a pas soumis de facture au cours des 18 derniers mois.

Sanctions

29. ACC peut prendre n'importe laquelle des mesures suivantes d'après la conclusion d'une vérification :

- a. annuler le statut d'un fournisseur;
- b. suspendre le statut d'un fournisseur;
- c. rétablir le statut d'un fournisseur;
- d. entreprendre des poursuites au criminel;
- e. entreprendre des poursuites au civil;
- f. recouvrer un trop-payé au moyen d'un règlement direct en espèces, en déduisant le montant des paiements subséquents ayant trait à des demandes admissibles ou en se prévalant d'autres options de remboursement négociées;
- g. renvoyer une affaire à un organisme de réglementation compétent aux fins d'enquête; et
- h. ne prendre aucune autre mesure.

Compétence

30. ACC conserve le pouvoir exclusif d'établir la politique, les exigences et les règles relativement à l'admissibilité aux avantages pour soins de santé et aux programmes de soins de santé. ACC avisera le fournisseur, au moins dix (10) jours ouvrables à l'avance de la date d'entrée en vigueur de toute modification ou annulation de ces exigences.

Divisibilité

31. Si une disposition des Dispositions relatives aux services et exigences en matière de paiement ou son application à une partie ou à des circonstances est limitée, interdite ou inexécutoire, cette disposition sera sans effet seulement dans les limites de cette restriction, interdiction ou inexécutabilité, sans invalider les autres dispositions du présent document ni avoir d'effet sur la validité ou l'exécutabilité d'une telle disposition ou son application à d'autres parties ou circonstances.

Appuyer la lutte contre la fraude et les abus dans les soins de santé

32. L'Unité nationale des enquêtes de Croix Bleue Medavie accomplit la fonction de vérification au nom d'ACC. Elle a pour mandat de protéger l'intégrité financière des programmes de soins de santé d'ACC. L'Unité est responsable de dissuader et de déceler les cas de fraude et d'abus dans les soins de santé, qui ont été commis par des fournisseurs de soins de santé autorisés et des titulaires de carte. Elle est également responsable de faire enquête et d'intenter des poursuites à cet égard. La fraude est un problème qui gagne en importance dans l'industrie des assurances. Non seulement la fraude à l'assurance est un délit criminel au Canada, mais elle entraîne une hausse du coût de l'assurance pour tous.

Si vous êtes au courant de cas de fraude ou d'abus ayant trait aux programmes de soins de santé d'ACC, veuillez communiquer avec la ligne d'information de l'Unité nationale des enquêtes au 1-866-485-5500 ou par courriel à BC_FAPInvestigations@medavie.croixbleue.ca.

www.vac-acc.gc.ca

VAC-048F 05/14