

Pratique exemplaire standard relative aux références et aux ordonnances de médecins

Les gouvernements et les associations médicales des provinces et territoires s'efforcent d'alléger le fardeau administratif qui pèse sur les médecins. Les membres de l'ACCAP appuient ces efforts et souhaitent clarifier leur pratique standard en ce qui a trait aux références ou aux ordonnances (« références ») qu'émettent les médecins pour des services paramédicaux au titre des régimes collectifs d'assurance maladie.

Contexte

La couverture des soins paramédicaux prévoit le remboursement des frais engagés auprès de divers types de praticiens de la santé, comme les massothérapeutes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les psychologues et les acupuncteurs. Ce qui est couvert dépend des spécifications du régime choisi par le promoteur (un employeur ou une association, souvent).

Par le passé, les assureurs exigeaient une référence du médecin à l'appui des demandes de règlement pour nombre de services paramédicaux couverts par les régimes collectifs d'assurance maladie. Cette pratique aidait à gérer les coûts des régimes, garantissant que seuls les traitements médicalement nécessaires – attestés par la référence – étaient remboursés.

Mais aujourd'hui, les régimes de conception standard des assureurs utilisent d'autres outils pour gérer les coûts tout en offrant aux participants aux régimes et à leurs personnes à charge la couverture des traitements nécessaires à la santé, sans l'intervention d'un médecin.

Pratique standard concernant les références de médecins

En vertu des régimes standards qu'offrent les assureurs de personnes du Canada, une référence du médecin n'est pas requise pour que soit remboursé au participant le montant couvert d'un traitement admissible fourni par un praticien paramédical.

Bien que certains promoteurs de régimes exigent, au vu de la conception de leur régime, une référence du médecin avant qu'une demande de règlement soit acceptée, il existe d'autres options quant aux spécifications du régime et au contrôle des coûts pouvant être offertes par les assureurs pour aider les promoteurs de régimes à contenir leurs coûts.

Résultat

La pratique standard de l'industrie de ne pas exiger de référence du médecin est alignée avec les efforts déployés par les gouvernements et les associations médicales des provinces et territoires afin d'alléger le fardeau administratif des médecins.

Dans bien des cas, cette pratique facilitera l'accès aux services paramédicaux conçus pour soutenir le mieux-être mental et physique des participants aux régimes et de leurs personnes à charge.