L'autorisation préalable en vertu du Régime canadien de soins dentaires

Couverture en vertu du Régime canadien de soins dentaires

Afin d'améliorer votre santé buccodentaire, le Régime canadien de soins dentaires (RCSD) aide à couvrir une partie des coûts d'une gamme de services de soins buccodentaires. Cependant, il se peut qu'il ne couvre pas tous les coûts ou les services recommandés par votre fournisseur (dentiste, denturologiste, hygiéniste dentaire, dentiste spécialiste ou un fournisseur d'une école qui forme les fournisseurs de soins buccodentaires).

Certains services sont soumis à une limite de fréquence, ce qui signifie que vous ne pouvez en bénéficier qu'un certain nombre de fois au cours d'une période donnée. D'autres services doivent être préalablement approuvés par le RCSD **avant que vous ne puissiez bénéficier du traitement, afin de savoir s'il est couvert**. C'est ce qu'on appelle une « autorisation préalable ».

Quel est l'objectif de l'autorisation préalable ?

L'autorisation préalable est nécessaire avant le traitement pour certains services tels que des couronnes, des nettoyages supplémentaires (des unités supplémentaires de détartrage) ou encore certaines prothèses dentaires. Environ 2 % des services offerts par le RCSD requièrent une autorisation préalable.

La procédure d'autorisation préalable du RCSD ne vise pas à déterminer si le traitement proposé est le bon, mais sert uniquement à vérifier si un service est admissible en vertu du RCSD. Les demandes ne seront pas nécessairement toutes approuvées.

Une autorisation préalable est une estimation. Elle vous indique, ainsi qu'à votre fournisseur, si le service sera pris en charge et le montant que vous devrez payé, s'il y a lieu, à une période donnée. Cela suppose que :

- vous recevez le traitement avant l'expiration de l'autorisation préalable et qu'il est identique à celui décrit dans l'autorisation préalable;
- les mêmes règles et tarifs restent en vigueur qu'au moment où l'autorisation préalable a été approuvée;
- vous êtes un membre actif du RCSD au moment où le traitement est terminé.

Chacun de ces éléments peut changer entre le moment où la décision d'autorisation préalable est prise et celui où le service est fourni.

Une décision d'autorisation préalable ne garantit pas que le traitement sera remboursé au moment où il est reçu. Si l'un de ces facteurs venait à changer, cela pourrait avoir un impact sur l'exactitude de l'estimation et si l'approbation du traitement demeure valide. Par exemple, si les tarifs en vigueur sont plus élevés que ceux qui étaient en vigueur au moment où l'autorisation préalable a été approuvée, vous pourriez devoir payer moins que prévu, mais le scénario inverse peut également se produire.

Déroulement et résultat des demandes d'autorisation préalable

Votre fournisseur de soins buccodentaires doit soumettre pour vous les demandes d'autorisation préalable et réclamations à la Sun Life. Une fois que la Sun Life a examiné votre demande, votre fournisseur reçoit la réponse. Vous pouvez également accéder à ces informations sur ma Sun Life, un portail numérique sécurisé où vous pouvez consulter les détails du régime, et vérifier l'historique des réclamations, y compris le résultat d'une demande d'autorisation préalable. Vous pouvez aussi communiquer avec la Sun Life au 1-888-888-8110 pour obtenir de l'aide. Veuillez noter que Santé Canada ne révise pas les réclamations individuelles ni les décisions relatives à une autorisation préalable, y compris les reconsidérations.

Si votre autorisation préalable est **approuvée**, votre fournisseur recevra une estimation des coûts des services. De plus, tout changement concernant votre admissibilité, votre couverture et les politiques en vigueur et si les tarifs de votre fournisseur sont supérieurs à ceux établis en vertu du RCSD, il se peut qu'une différence apparaisse sur votre facture finale. Cela s'explique peut-être par des frais supplémentaires facturés par votre fournisseur qui ne sont pas indiqués dans l'estimation (relevé des prestations). Il est essentiel que vous vous assuriez auprès de votre fournisseur qu'il ait bien vérifié votre admissibilité en tant que membre et la couverture des services au moment où ceux-ci doivent être fournis.

La plupart des autorisations préalables approuvées sont valables pour une période maximale de 12 mois (à l'exception de certains services parodontaux et de prévention, qui sont valables pour une période maximale de 24 mois), à condition que votre couverture soit active et que le service demandé soit pris en charge par le RCSD à la date de service. Vous devez vous assurer que votre couverture est active et que le service est pris en charge avant de recevoir le traitement.

Si une autorisation préalable est **refusée**, votre fournisseur reçoit un relevé des prestations expliquant pourquoi la demande a été refusée. Si la raison indiquée est que le service « ne répondait pas aux critères de couverture du régime », vous trouverez des détails supplémentaires dans les sections correspondantes du Guide des prestations dentaires du RCSD.

Reconsidération d'une autorisation préalable refusée

Si de nouvelles informations ou documents cliniques deviennent disponibles, votre fournisseur peut soumettre une demande de reconsidération en votre nom dans les 60 jours suivant le refus de l'autorisation préalable. Vous trouverez plus de détails sur cette procédure à l'annexe C du Guide des prestations dentaires du RCSD.

Les services identifiés comme exclusions (voir l'annexe E : Exclusions) ne seront jamais pris en compte et ne peuvent faire l'objet d'une reconsidération. Les exclusions comprennent des services tels que :

- toutes les couronnes ¾ ;
- traitement esthétique/cosmétique, y compris le blanchiment des dents;
- prothèses fixes (ponts et tous les services liés aux ponts);
- appareils parodontaux, y compris les appareils pour le bruxisme (protections nocturne);
- implants et tous les services associés aux implants; et
- greffes osseuses.