Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes, 1er juillet 2013

Types de soins

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Introduction

Le présent document fournit de l'information contextuelle sur les régimes publics fédéraux, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments à l'échelle du Canada.
En cliquant sur les liens suivants, les utilisateurs pourront visualiser ce qui suit :

Résumé des changements majeurs

Information sur le régime par catégorie et par province ou territoire

- **Admissibilité**

Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba
Ontario	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard
Terre-Neuve-et-Labrador	Yukon	Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	

- **Participation aux coûts**

Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba
Ontario	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard
Terre-Neuve-et-Labrador	Yukon	Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	

- **Information relative aux politiques**

Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba
Ontario	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard
Terre-Neuve-et-Labrador	Yukon	Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	

Aperçu de la politique des prix des médicaments génériques

Glossaire

Résumé des changements majeurs

Initiative pancanadienne sur le prix des médicaments génériques

Depuis le 1er avril 2013 :
L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, ont établi le prix des six médicaments génériques ci-dessous à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Atorvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Ramipril : médicament utilisé dans le traitement des problèmes de tension artérielle et d'autres troubles cardiovasculaires
- Venlafaxine : médicament utilisé dans le traitement de la dépression et d'autres troubles de santé mentale
- Amlodipine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'angine
- Oméprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastrointestinaux
- Rabéprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastrointestinaux

Colombie-Britannique

Depuis le 1er avril 2013 : Une nouvelle réglementation sur le prix des médicaments est entrée en vigueur. Elle réduit le prix des médicaments génériques à 25 % du prix des médicaments de marque.

Alberta

Depuis le 1er juillet 2012 :
Le ministère de la Santé de l'Alberta couvre les frais des services pharmaceutiques en vertu de deux régimes d'assurance-maladie : Comprehensive Annual Care Plan et Standard Medication Management Assessment.

Depuis le 15 avril 2013 :
Les frais de transition de 1 $ ont été réintroduits.

Depuis le 1er mai 2013 :
Deux nouveaux services — la pharmacothérapie à l'essai et le refus de remplir une ordonnance — ont été ajoutés aux services de pharmacie clinique.

Depuis le 1er mai 2013 :
Le prix des médicaments génériques a été réduit à 18 % du prix des médicaments de marque.

Saskatchewan

Depuis le 1er mai 2013 :
Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux sont passés de 10,25 $ à 10,75 $.

Manitoba

Depuis le 19 avril 2012 :
Le ministère de la Santé du Manitoba a annoncé la mise sur pied du Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile. Ce programme est destiné aux Manitobains qui ont reçu un diagnostic de cancer. Il leur permet de recevoir gratuitement, en consultation externe, des médicaments administrés par voie orale ainsi que d'autres médicaments pour le traitement du cancer.

Depuis le 1er avril 2013 :
Le taux de franchise, qui se situait entre 2,81 % et 6,36 % en 2012-2013, se situe entre 2,85 % et 6,46 % en 2013-2014.

Ontario

Depuis le 1er avril 2013 :
Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales sont passés de 8,40 $ à 8,62 $ et ceux des pharmacies en régions rurales varient maintenant entre 9,69 $ et 12,92 $.

Les frais de transition de 0,15 $ pour chaque demande admissible aux termes du Programme de médicaments de l'Ontario ont été abolis le 31 mars 2013, comme prévu.

Nouveau-Brunswick

Depuis le 1er juin 2013 :
Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque médicament interchangeable, médicament non interchangeable et méthadone pour la douleur chronique sont de 10,50 $; ceux pour la méthadone utilisée dans le traitement de la dépendance aux opiacés sont de 9,50 $ et ceux pour les préparations magistrales (composées) sont de 15,75 $. Pour les médicaments interchangeables, une marge maximale de 8 % du prix admissible maximal (PAM) sera versée.

Depuis le 1er Juin 2013 :
Le prix de tous les médicaments génériques interchangeables est réduit à 25% du prix des médicaments de marque pour les formes posologiques orales solides et à 35% du prix des médicaments de marque pour les formes posologiques orales non-solides.

Nouvelle-Écosse

Depuis le 1er février 2012 :
La province a mis en place le Palliative Home Care Drug Coverage (PHCDC) Program. Ce programme couvre le coût total des médicaments administrés aux patients qui reçoivent des soins en fin de vie à leur domicile. Aucune modalité ou restriction ne s'applique.

Depuis le 1er avril 2013 :
Les frais d'exécution d'ordonnance pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) sont passés de 16,35 $ à 16,58 $ et les frais pour les autres ordonnances pour médicaments et fournitures sont passés de 10,90 $ à 11,05 $.

Île-du-Prince-Édouard

Depuis juillet 2012 :
Le prix des médicaments génériques équivaut à 35 % ou moins du prix des médicaments de marque.

Depuis le 20 novembre 2012 :
Le programme provincial d'entretien à la méthadone a été mis en œuvre afin d'assurer la couverture du coût du Métadol pour les clients inscrits au programme provincial d'entretien à la méthadone.

Depuis le 1er avril 2013 :
Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 8,20 $ à 12 $. Le montant maximal pour les frais liés aux produits composés a augmenté à 18 $. Les honoraires fixés par tête sont maintenant de 73,55 $ aux termes du Private Nursing Home Program.

Depuis le 1er avril 2013 :
L'examen des médicaments est remboursé pour les clients qui y sont admissibles en vertu de l'un des programmes suivants : Seniors, Social Assistance, Private Nursing Homes et Diabetes. Tout client admissible a droit à un Examen de base des médicaments (EBM) ou à un Examen des médicaments contre le diabète (EMD) tous les 365 jours ainsi qu'à un maximum de quatre examens de suivi (SEBM et SEMD). Tout client admissible ayant passé un EMD a droit à une combinaison de SEBM et de SEMD, jusqu'à concurrence de quatre examens de suivi sur une période de 365 jours. L'EBM coûte 52,50 $ et l'examen de suivi, 20 $. L'EMD coûte 65 $ et l'examen de suivi, 25 $.

Depuis le 1er octobre 2013 :
La province mettra sur pied un programme de couverture des médicaments onéreux afin d'aider les personnes ou les familles qui doivent débourser des coûts en médicaments d'ordonnance élevés par rapport à leur revenu.

Terre-Neuve-et-Labrador

Depuis le 1er avril 2013 :
Le prix des médicaments génériques équivaut à 35 % ou moins du prix des médicaments de marque.

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan sont passés à

- 11,05 $ — pour les médicaments de 0 $ à 49,99 $
- 22,55 $ — pour les médicaments de 50 $ à 249,99 $
- 49,55 $ — pour les médicaments de 250 $ et plus

Ces frais seront en vigueur jusqu'au 31 mars 2014.

Les honoraires pour le 65Plus Plan sont passés à

- 11,05 $ — pour les médicaments de 0 $ à 249,99 $
- 39,53 $ — pour les médicaments de 250 $ et plus

Services cognitifs

- Refus de remplir une ordonnance :
  - Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance maximaux allant jusqu'au double des frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,05 $.
- Administration des médicaments :
  - Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 11,05 $ (frais d'exécution d'ordonnance de base).

Admissibilité (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario)

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Régime/ programme	• **Fair PharmaCare (régime I)** • **Résidents permanents des établissements agréés de soins en hébergement (régime B)** • **Bénéficiaires d'une aide sociale (régime C)** • **Patients atteints de fibrose kystique (régime D)** • **Programme de services à domicile pour les enfants (régime F)** • **Programme de médicaments sans frais pour les personnes atteintes de troubles mentaux (régime G)** • **Plan de gestion des médicaments (régime M)** • **Soins palliatifs (régime P)** • **Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique (régime X)** • **Programme d'abandon du tabac (régime S)**	• **Personnes âgées** • **Personnes veuves** • **Résidents en soins palliatifs** • **Régime non collectif** • **Médicaments pour le traitement de la sclérose en plaques (SP)** • **Rare Diseases Drug Program** • **Specialized High-Cost Drugs Program** • **Alberta Human Services Drug Benefit Supplement** • **Couverture des produits pour diabétiques**	• **Programme d'allocations familiales pour soins de santé** • **Revenu garanti** • **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** • **Programme de soutien spécial** • **Programme de soins palliatifs** • **Aide en cas d'urgence** • **Programme d'aide à l'autonomie de la Saskatchewan** • **Assurance-maladie supplémentaire** • **Régime d'assurance-médicaments pour les enfants** • **Programme de pompe à insuline de la Saskatchewan**	• **Assurance-médicaments (PC01)** • **Programme d'aide à l'emploi et au revenu (FS03)** • **Foyers de soins personnels/ centres d'accueil (NH02)** • **Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs (PA04)** • **Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile**	• **Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)** • **Programme de médicaments Trillium** • **Programme de médicaments spéciaux (PMS)** • **Programme de maladies métaboliques héréditaires (PMMH)** • **Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque (VRS)** • **Programme d'abandon du tabagisme offert en pharmacie**

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Information générale sur les bénéficiaires	Pour tous les plans, les bénéficiaires doivent résider de façon permanente en Colombie-Britannique depuis au moins trois mois. • **Fair PharmaCare** – Regular Assistance : résidents nés en 1940 ou après. – Enhanced Assistance : résidents nés en 1939 ou avant. • **Résidents permanents des établissements agréés de soins en hébergement :** résidents permanents d'un établissement agréé de soins en hébergement. • **Prestataires de l'aide au revenu :** prestataires de l'aide au revenu de la C.-B. • **Patients atteints de fibrose kystique :** personnes atteintes de fibrose kystique inscrites dans une clinique provinciale de fibrose kystique. • **Programme de services à domicile pour les enfants atteints de handicaps graves :** enfants de moins de 18 ans avec un handicap grave non institutionnalisés, recevant des avantages complets ou médicaux par le biais du Programme de services à domicile du ministère du Développement de l'enfant et de la famille.	• **Personnes âgées :** résidents albertains âgés de 65 ans et plus ainsi que personnes à charge admissibles. • **Personnes veuves :** résidents albertains âgés de 55 à 64 ans qui étaient admissibles jusqu'en 2004 à la Pension de l'Alberta aux personnes veuves et personnes à charge admissibles. • **Résidents en soins palliatifs :** résidents en soins palliatifs traités à domicile. • **Régime non collectif :** résidents albertains âgés de moins de 65 ans et personnes à charge admissibles. • **Rare Diseases Drug Program :** les Albertains atteints d'une maladie rare qui souscrivent à un régime d'assurance gouvernemental et dont le médecin a fait une demande d'assurance seront pris en compte. Une personne ou une famille doit résider en Alberta depuis cinq ans pour être admissible au programme. Cette exigence ne s'applique pas aux habitants d'une autre province du Canada qui déménagent en Alberta, s'ils étaient couverts par le régime de leur ancienne province pour ces médicaments. • **Médicaments pour le traitement de la sclérose en plaques (SP) :** couverture de certains médicaments utilisés dans le traitement de la SP chez les Albertains inscrits à l'un des régimes de services de santé existants du ministère de la	• **Programme d'allocations familiales pour soins de santé :** familles à faible revenu ou familles recevant le supplément du revenu de la Saskatchewan et le supplément familial pour logement locatif ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. • **Supplément de revenu :** bénéficiaires de la Seniors Income Plan ou du Supplément de revenu garanti (SRG) pour les personnes âgées. • **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** (participation calculée selon le revenu) : toute personne âgée de 65 ans et plus qui a fait une demande et qui est admissible en raison de son revenu. • **Programme de soutien spécial** (participation calculée selon le revenu) : vise à aider les résidents dont le coût des médicaments est élevé comparativement à leur revenu. • **Soins palliatifs :** personnes admissibles à la couverture en vertu du Programme d'assurance-médicaments pour les soins palliatifs (résidants au stade terminal de la maladie). • **Aide d'urgence :** les résidants qui nécessitent un traitement immédiat à l'aide de médicaments prescrits couverts et qui ne peuvent assumer leur part des coûts peuvent avoir droit à l'aide d'urgence, une prestation accordée qu'une seule fois. Le niveau de l'aide fournie est proportionnel à la capacité de	• **Assurance-médicament :** tous les résidents de la province qui ont droit à des prestations conformément à la *Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance.* • **Programme d'aide à l'emploi et au revenu :** les Manitobains qui reçoivent une assurance-médicaments conformément au Programme d'aide à l'emploi et au revenu. • **Foyers de soins personnels/ centres d'accueil :** les Manitobains résidant dans un foyer de soins personnels. • **Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs :** résidents en phase terminale qui veulent demeurer chez eux. • **Programme de médicaments anticancéreux prix à domicile :** les patients qui : selon Action cancer Manitoba, reçoivent ou attendent de recevoir en consultation externe des médicaments par voie orale ou d'autres médicaments utilisés pour le traitement du cancer; qui sont inscrits au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba; **et** dont les médicaments prescrits admissibles (administrés par voie orale ou utilisés pour le traitement du cancer) ne sont pas couverts par d'autres régimes provinciaux ou fédéraux.	• **Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)** Assurance-médicaments pour les Ontariens âgés de 65 ans et plus, les résidants en foyers de soins de longue durée et en foyers de soins spéciaux, les personnes qui reçoivent des services professionnels à domicile et de l'aide sociale, et les bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium. • **Programme de médicaments Trillium** Assurance-médicaments pour les résidents de l'Ontario qui payent des frais de médicaments élevés par rapport au revenu de leur ménage. Tout résident de l'Ontario qui n'est pas admissible à l'un des autres régimes peut présenter une demande au Programme de médicaments Trillium. • **Programme de médicaments spéciaux** : les résidents qui ont besoin de médicaments onéreux pour les patients en consultations externes administrés pour traiter la fibrose kystique, le VIH, le stade terminal de l'insuffisance rénale, les greffes d'organes pleins ou de moelle épinière, l'hormone de croissance, la schizophrénie, la maladie de Gaucher et la thalassémie. • **Programme de maladies métaboliques héréditaires** Assurance-médicaments pour les Ontariens titulaires d'une carte Santé valide qui couvre les frais de certains médicaments pour les

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Information générale sur les bénéficiaires (suite)	• **Programme de médicaments sans frais pour les personnes atteintes de troubles mentaux :** personnes de tout âge qui sont membres d'un centre de services de santé mentale et qui démontrent des besoins cliniques et financiers. • **Gestion des médicaments :** couvre les personnes pour des services de gestion des médicaments admissibles (p. ex. services cliniques, services d'examen des médicaments et la vaccination aux frais du secteur public) fournis par les pharmacies. • **Soins palliatifs :** personnes ayant atteint les derniers stades d'une maladie fatale qui souhaitent recevoir des soins palliatifs à la maison. • **Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique :** personnes séropositives membres du centre. • **Programme d'abandon du tabac :** pour les médicaments d'abandon du tabac sur ordonnance pour les personnes inscrites à un des régimes suivants : Fair PharmaCare, régime B, régime C ou régime G. Les thérapies de remplacement de la nicotine sont offertes à tous les fumeurs (et usagers d'autres produits tabagiques) qui sont des résidents de la	Santé de l'Alberta ou de Services à la personne Alberta. • **Couverture des produits pour diabétiques :** couverture d'un montant maximum de 600 $ pour les produits destinés aux Albertains qui prennent de l'insuline pour traiter leur diabète. • **Specialized High-Cost Drugs Program :** financement offert à tous les Albertains pour des médicaments utilisés dans le cadre d'interventions et de traitements hautement spécialisés, comme les transplantations, le VIH, la fibrose kystique, l'hormone de croissance humaine, l'hypertension artérielle pulmonaire primitive et la dégénérescence maculaire. • **Alberta Human Services Drug Benefit Supplement** Médicaments sous ordonnance du ministère de l'Emploi et de l'Immigration de l'Alberta destinés aux groupes de clients suivants : – **Soutien du revenu** pour les Albertains qui ne possèdent pas les ressources pour répondre à leurs besoins de base. – **Alberta Adult Health Benefit** pour les Albertains à faible revenu. – **Assured Income for the Severely Handicapped (AISH)** pour les adultes de moins de 65 ans ayant une déficience permanente qui affecte grandement leur capacité à gagner leur vie.	paiement du consommateur. Le résident doit ensuite remplir et soumettre une « demande de soutien spécial » au régime pour recevoir de l'aide à l'avenir. • **Bénéficiaires du Programme d'aide à l'autonomie de la Saskatchewan :** les personnes atteintes de paraplégie, de fibrose kystique ou de maladie rénale chronique. • **Programme d'assurance-maladie complémentaire :** admissibilité établie par les services sociaux de la Saskatchewan. Il y a quatre régimes d'assurance-médicaments complémentaires. – **Tous les régimes —** Les personnes de moins de 18 ans bénéficient d'ordonnances sans frais – **Régime 1 —** Les adultes ne paient pas plus de 2 $ par ordonnance. – **Régime 2 —** Les bénéficiaires adultes du régime 1 ayant besoin de divers médicaments à long terme peuvent être admissibles pour obtenir des ordonnances sans frais. Un médecin ou un pharmacien peut faire la demande. – **Régime 3 —** Les ordonnances sont reçues sans frais pour les bénéficiaires du Seniors' Income Plan et résidant dans des centres de soins spéciaux. Des personnes vivant dans des foyers et foyers de groupes approuvés peuvent aussi être admissibles.		patients en consultation externe, suppléments et aliments de spécialité indiqués pour le traitement de maladies métaboliques. • **Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque (VRS) :** couvre les frais d'un médicament pour les nourrissons ontariens qui présentent un risque élevé d'hospitalisation et de complications résultant d'une infection à VRS. • **Programme d'abandon du tabagisme offert en pharmacie** Actuellement, les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) qui fument peuvent s'inscrire au programme une fois par an, à partir de la date de la première rencontre du patient avec le pharmacien, lors de laquelle ils ont accepté de collaborer sur une stratégie d'abandon du tabac. Remarque : l'année du calcul des prestations du PMO débute le 1er août et se termine le 31 juillet de l'année suivante.

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Information générale sur les bénéficiaires (suite)	C.-B. couverts par le Medical Services Plan (MSP).	– **Alberta Child Health Benefit** pour les enfants des familles à faible revenu.	• **Régime d'assurance-médicaments pour les enfants :** enfants âgés de 14 ans et moins • **Programme de pompe à insuline de la Saskatchewan :** – les demandeurs doivent être âgés de 25 ans ou moins; – les demandeurs doivent être atteints du diabète de type 1 et doivent avoir besoin d'une pompe pour stabiliser adéquatement leur taux de glycémie.		
Autres critères d'admissibilité	• **Fair PharmaCare Il faut** – être couvert par le Medical Services Plan (MSP) de la C.-B.; – avoir produit une déclaration de revenus pour l'année d'imposition pertinente. • Les **résidents des établissements agréés de soins de longue durée** sont inscrits et reçoivent des soins par l'intermédiaire de l'établissement de soins. – Les **bénéficiaires d'aide sociale de la Colombie-Britannique** doivent s'inscrire au MSP, être couverts par l'assurance-maladie et recevoir une aide sociale du ministère du Développement social. • **Personnes atteintes de fibrose kystique** Les personnes atteintes de fibrose kystique qui sont inscrites dans une clinique provinciale de fibrose kystique.	• **Personnes âgées** Pour s'inscrire, les personnes âgées doivent remplir une déclaration tenant lieu de preuve d'âge que leur envoie par la poste le ministère de la Santé de l'Alberta. L'inscription au Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (RAMA) est exigée. • **Soins palliatifs** – Le résident est inscrit au RAMA. – Le médecin pose un diagnostic de maladie nécessitant des soins palliatifs et le patient reçoit le traitement à domicile. – **Régime non collectif** Le résident est inscrit au RAMA et n'est pas admissible à la Pension de l'Alberta aux personnes veuves et ne doit avoir aucune prime arriérée en vertu du régime.	• Demandeurs non admissibles : les personnes dont les services de santé sont assurés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, le ministère des Anciens Combattants, la Gendarmerie royale du Canada, les Forces canadiennes, la commission des accidents du travail et les pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles aux prestations d'assurance-médicaments du ministère de la Santé de la Saskatchewan. • Un résident peut être admissible et couvert en vertu de plus d'un programme à la fois. La meilleure couverture est appliquée au moment de remplir une ordonnance.	• Les personnes qui répondent aux exigences suivantes sont désignées comme étant admissibles aux indemnités en vertu de la Loi : – Les résidents aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, inscrits et admissibles aux indemnités en vertu de cette loi. – Les membres d'une famille dont les dépenses en médicaments couverts au cours d'une année d'indemnités sont supérieures à la franchise établie. – La famille doit présenter une demande d'admissibilité au ministre, et ce dernier doit confirmer que les dépenses de la famille en médicaments couverts au cours d'une année d'indemnités sont supérieures à la franchise établie.	**Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque** Les nourrissons résidant en Ontario et ayant une carte d'assurance-maladie valide comme suit : • les nourrissons nés prématurément à moins de 32 semaines complètes de grossesse et les nourrissons de moins de 6 mois au début ou durant la saison d'infection au VRS locale; • les nourrissons nés entre 33 et 35 semaines complètes de grossesse et les nourrissons de moins de 6 mois au début ou durant la saison d'infection au VRS locale, qui ne vivent pas dans des collectivités isolées et ont un score de l'outil d'évaluation du risque entre 49 et 100; • les nourrissons nés entre 33 et 35 semaines complètes de grossesse et les nourrissons de moins de 6 mois au début ou durant la saison d'infection au VRS locale, qui vivent dans des

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Autres critères d'admissibilité (suite)	• **Programme de services à domicile pour les enfants atteints de handicaps graves** Ils doivent – avoir moins de 19 ans (c.-à-d. 18 ans ou moins); – être résidents de la Colombie-Britannique; – vivre avec un parent ou un tuteur; – être jugés dépendants dans au moins trois des quatre activités de la vie quotidienne. • **Programme de médicaments sans frais pour les personnes atteintes de troubles mentaux** – Le médecin ou le psychiatre du patient doit soumettre une demande d'assurance-médicaments psychiatrique à l'approbation d'un centre de services de santé mentale. – Le patient doit être admissible aux primes subventionnées dans le cadre du Medical Services Plan. • **Programme de services de soins palliatifs** – Les bénéficiaires doivent avoir été diagnostiqués au stade terminal d'une maladie fatale; – les bénéficiaires doivent avoir une espérance de vie de six mois au maximum; – les bénéficiaires souhaitent obtenir des soins palliatifs à domicile;		• Les travailleurs étrangers qualifiés sélectionnés par l'intermédiaire du Saskatchewan Immigrant Nominee Program (SINP) dont l'autorisation d'emploi n'est plus valide conservent l'admissibilité à l'assurance-maladie de la Saskatchewan en attendant que le CIC leur accorde la résidence permanente.		collectivités isolées où des soins pédiatriques ne sont pas facilement accessibles et le transport par ambulance à l'hôpital est requis; • les nourrissons de moins de 24 mois souffrant du syndrome de Down/de trisomie 21; • les nourrissons de moins de 24 mois souffrant de dysplasie broncho-pulmonaire/de maladie pulmonaire chronique et qui ont eu recours à de l'oxygène ou des soins médicaux dans les 6 mois précédant le début de la saison d'infection au VRS; ou • les nourrissons de moins de 24 mois souffrant d'une cardiopathie congénitale cyanogène ou non cyanogène hémodynamiquement significative qui devront subir une intervention corrective ou qui prennent des médicaments pour traiter une maladie hémodynamiquement significative. Les enfants souffrant d'autres maladies spécifiques qui leur causent un haut risque d'hospitalisation et de complications dues à une infection au VRS peuvent être également admissibles à un traitement prophylactique s'ils répondent aux exigences.

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Autres critères d'admissibilité (suite)	– les bénéficiaires consentent à des soins palliatifs plutôt qu'à des soins axés sur le traitement; – le médecin soumet une demande attestant que le patient répond aux critères énoncés ci-dessus.				
Sources	Pour en savoir davantage : British Columbia PharmaCare	Pour en savoir davantage : Santé Alberta	Pour en savoir davantage : Drug Plan and Extended Benefits Branch	Pour en savoir davantage : Santé Manitoba	Pour en savoir davantage : Programme de médicaments de l'Ontario

Haut de la page

Admissibilité (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits)

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Régime/ programme	• **Personnes âgées (A)** • **Personnes atteintes de la fibrose kystique (B)** • **Résidents adultes d'établissements résidentiels agréés (E)** • **Clients du ministère du Développement social (F)** • **Enfants à besoins spéciaux et enfants pris en charge par le ministère du Développement social (G)** • **Personnes atteintes de la sclérose en plaques (H)** • **Personnes atteintes de la grippe (I)** • **Personnes atteintes de la tuberculose (P)** • **Greffe d'organes (R)** • **Déficience d'hormone de croissance (T)** • **Personnes atteintes du VIH/sida (U)** • **Clients de foyers de soins infirmiers (V)**	• **Family Pharmacare (A)** • **Department of Community Services Pharmacare Benefits (F)** • **Seniors' Pharmacare Program (S)** • **Drug Assistance for Cancer Patients (C)** • **Diabetes Assistance Program (D)** • **Palliative Home Care Drug Coverage (PHCDC) Program**	• **Family Health Benefit Program (F)** • **Seniors Drug Cost Assistance Plan (S)** • **High-Cost Drug Program (M)** • **AIDS/HIV Program (A)** • **Community Mental Health Program (B)** • **Cystic Fibrosis Program (C)** • **Diabetes Control Program (D)** • **Erythropoietin Program (E)** • **Growth Hormone (G)** • **Hepatitis Program (H)** • **Immunization Program (I)** • **Intron A (Interferon alfa-2b) Program (J)** • **Meningitis Program (K)** • **Institutional Pharmacy/ Nursing Home Program (N)** • **Nutrition Services Program (O)** • **Phenylketonuria (PKU) Program (P)** • **Rabies Program (R)** • **Transplant Program (T)** • **Rheumatic Fever Program (U)** • **Sexually Transmitted Diseases (STD) Program (V)** • **Children-In-Care/Financial Assistance Program (W)** • **Tuberculosis (TB) Drug Program (X)** • **Quit Smoking Program (Z)** • **Home Oxygen Program** • **Catastrophic Drug Program**	• **The Foundation Plan** (anciennement l'Income Support Drug Program ou régime E) • **The Access Plan** (anciennement le Low Income Drug Program ou régime L) • **The 65Plus Plan** (anciennement le Senior Citizen's Drug Subsidy Program ou régime N) • **The Assurance Plan** (régime H) • **The Select Needs Plan**	• **Programme d'assurance-médicaments** • **Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants** • **Programme d'aide aux malades chroniques**	• **Services de santé non assurés (SSNA)**

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Renseignements généraux sur les bénéficiaires	• **Personnes âgées :** résidents âgés de 65 ans et plus qui touchent le Supplément de revenu garanti (SRG) ou qui ont droit à des prestations fondées sur le revenu. • **Personnes atteintes de la fibrose kystique :** personnes atteintes de fibrose kystique ou de sclérose infantile ou juvénile du pancréas. • **Résidents adultes d'établissements résidentiels agréés :** résidents adultes d'établissement résidentiels agréés qui ont une carte d'assistance médicale valide pour les médicaments d'ordonnance délivrée par le ministère du Développement social. • **Clients du ministère du Développement social :** les personnes qui ont une carte d'assistance médicale valide pour les médicaments d'ordonnance délivrée par le ministère du Développement social. **Enfants à besoins spéciaux et enfants pris en charge par le ministère du Développement social :** enfants ayant des besoins spéciaux et enfants pris en charge par le ministère du Développement social. • **Personnes atteintes de la sclérose en plaques :** les	• **Family Pharmacare Program :** les familles, y compris celles constituées d'une personne, qui s'inscrivent au régime. Les résidents permanents de la Nouvelle-Écosse dont le numéro d'assurance-maladie est valide peuvent s'inscrire à ce régime. Ils ne doivent pas être couverts par les programmes du Department of Community Services, le Seniors' Pharmacare Program, le Diabetes Assistance Program ou le Under 65-Long-Term Care Pharmacare Plan. • **Drug Assistance for Cancer Patients :** résidents permanents de la Nouvelle-Écosse dont le numéro d'assurance-maladie est valide et le revenu familial brut ne dépasse pas 15 720 $ par année et qui ne sont pas admissibles à une assurance en vertu d'un autre régime d'assurance-médicaments, sauf le Family Pharmacare Program. • **Nova Scotia Diabetes Assistance Program : r**ésidents permanents de la Nouvelle-Écosse âgés de moins de 65 ans atteints de diabète dont le numéro d'assurance-maladie est valide et qui	• **AIDS/HIV Program :** personnes inscrites au programme auprès de l'administrateur en chef de la santé publique. • **Community Mental Health Program :** patients psychiatriques de longue date vivant dans la collectivité et approuvés par le programme. • **Erythropoietin Program :** personnes chez qui on a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique ou recevant des traitements de dialyse. • **Family Health Benefit Program :** familles (parents, tuteurs et enfants âgés de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire) admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard, dont le revenu familial annuel net est inférieur au seuil de revenu (voir la section Groupes de revenus ci-dessous). Les familles doivent présenter une demande chaque année et fournir au programme des renseignements sur leur revenu. • **Growth Hormone :** enfants (moins de 18 ans) admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrits au programme souffrant d'un trouble de croissance ou du syndrome de Turner. • **Hepatitis Program :** personnes chez qui on a diagnostiqué l'hépatite; personnes ayant été en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué l'hépatite ou	• **The Foundation Plan :** couvre 100 % du coût des médicaments sur ordonnance admissibles pour ceux ayant le plus besoin de soutien, soit les personnes et les familles qui bénéficient de prestations de soutien du revenu par l'intermédiaire du Department of Human Resources, Labour and Employment ainsi que certaines personnes recevant des services par l'intermédiaire de régies régionales de la santé, y compris les enfants pris en charge par Child, Youth and Family Services et les personnes recevant des soins supervisés. • **The Access Plan :** personnes et familles à faible revenu. Le montant de la couverture dépend du niveau de revenu familial net et du statut familial (voir la section Groupes de revenus). • **The 65Plus Plan :** résidents âgés de 65 ans et plus qui bénéficient de prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti (SRG). • **The Assurance Plan :** protège les personnes et les familles contre le fardeau financier lié aux coûts élevés de médicaments admissibles. • **The Select Needs Plan :** couvre 100 % du coût des médicaments et des fournitures pour les résidents de 18 ans et moins atteints	• **Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants :** enfants âgés de moins de 19 ans d'une famille à faible revenu. • **Programme d'aide aux malades chroniques :** les résidents qui ont une maladie chronique ou une incapacité fonctionnelle grave prévue dans le Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique et qui ne sont pas couverts par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Le programme peut également inclure les clients en soins palliatifs. • **Régime d'assurance-médicaments :** personnes âgées de 65 ans et plus (et leur conjoint âgé de 60 ans et plus) qui sont inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon et qui ne sont pas couvertes par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. La couverture peut inclure les clients en soins palliatifs. • **Pour tous les programmes :** ces avantages ne sont pas couverts s'ils sont déjà disponibles dans le cadre d'un régime d'assurance-	**Programme des soins de santé non assurés :** • Indiens inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens;* ou • Inuits reconnus par des organisations inuites de revendication territoriale; ou • Innu membre de l'une des deux communautés innues du Labrador (Davis Inlet et Sheshatshiu); ou • nourrisson de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible; et • est actuellement inscrit ou admissible à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial; et • n'est pas couvert en vertu d'une entente distincte avec les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Renseignements généraux sur les bénéficiaires (suite)	personnes qui disposent d'une ordonnance signée par un neurologue prescrivant un médicament admissible contre la sclérose en plaques. • **Personnes atteintes de la grippe :** résidents et enfants souffrant de problèmes de santé chroniques sélectionnés assez graves pour nécessiter un suivi ou des soins médicaux fréquents; résidents de foyers de soins infirmiers et autres établissements de soins pour malades chroniques; résidents âgés de plus de 65 ans; femmes enceintes; enfants en santé de 6 mois à 18 ans ou résidents risquant de transmettre la grippe aux personnes à risque. • **Personnes atteintes de la tuberculose** : personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose,, peu importe le lieu de résidence permanente. • **Greffe d'organes :** les personnes qui ont reçu une greffe d'organe ou de moelle osseuse, qui sont inscrites et admissibles au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick et qui ne sont pas admissibles à d'autres programmes. • **Déficience d'hormone de croissance :** les	n'ont pas d'assurance-médicaments du ministère des Anciens Combattants, ni de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, du Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse ni toute autre assurance-médicaments qui couvrirait les soins pour diabétiques. • **Department of Community Services Pharmacare Benefits : r**ésidents permanents de la Nouvelle-Écosse âgés de moins de 65 ans et personnes à leur charge qui reçoivent une aide au revenu et n'ont pas accès à un autre régime d'assurance-médicaments, public ou privé. • **Seniors Pharmacare Program :** résidents permanents de la Nouvelle-Écosse âgés de 65 ans et plus dont le numéro d'assurance-maladie est valide et qui n'ont pas d'assurance du ministère des Anciens Combattants, des Services de santé non assurés, du Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse ni de tout autre régime public ou privé qui couvre la plupart des médicaments	présentant un risque d'infection; personnes présentant un risque d'infection dans le milieu de travail. • **Immunization Program :** enfants et personnes risquant d'être exposés à diverses maladies infectieuses. • **Intron A (Interferon alfa-2b) Program :** pour le traitement des patients chez qui on a diagnostiqué la leucémie à tricholeucocytes, la maladie de Kaposi associée au sida et le carcinome basocellulaire. Le médecin du patient doit demander une assurance auprès de l'administrateur en chef de la santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard. • **Meningitis Program :** les personnes qui ont été en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué la méningite ou qui présentent des risques d'infection. • **Methadone Maintenance :** personnes admissibles au programme provincial de maintien à la méthadone. • **High-Cost Drug Program :** personnes admissibles au programme d'assurance-maladie pour la couverture des médicaments inclus dans le régime pour traiter la spondylarthrite ankylosante, le cancer, la maladie de Crohn, le diabète, la sclérose en plaques, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'arthrite psoriasique, la polyarthrite rhumatoïde et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Une demande de couverture	de fibrose kystique ou de déficience d'hormone de croissance.	médicaments fédéral ou territorial, comme celui de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ou du ministère des Anciens Combattants. Les résidents qui ont un régime d'assurance privé ou collectif doivent d'abord soumettre leur demande à ce régime et ils seront par la suite admissibles à des prestations complémentaires. Le Programme d'assurance-médicaments est l'assureur de dernier recours.	

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Renseignements généraux sur les bénéficiaires (suite)	personnes qui ont une déficience d'hormones de croissance ou qui souffrent d'hypopituitarisme et qui sont inscrites au régime par un endocrinologue. • **Personnes atteintes du VIH/sida :** personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic VIH/sida et inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick par un spécialiste provincial des maladies infectieuses. • **Clients de foyers de soins infirmiers :** les personnes qui demeurent dans un foyer autorisé de soins infirmiers.	et du matériel après l'âge de 65 ans. • **Palliative Home Care Drug Coverage Program :** résidents de la Nouvelle-Écosse dont le numéro d'assurance-maladie est valide, qui ont reçu un diagnostic de maladie nécessitant des soins palliatifs et qui suivent un traitement à domicile.	doit être soumise chaque année. • **Institutional Pharmacy/Nursing Home Program :** résidents d'établissements gouvernementaux ou de soins infirmiers privés, admissibles en vertu de la *Long-Term Care Subsidization Act.* • **Nutrition Services Program :** femmes dont la grossesse est à haut risque et ayant une déficience nutritionnelle. • **Phenylketonuria (PKU) Program :** personnes chez qui on a diagnostiqué la phénylcétonurie. • **Rabies Program :** personnes exposées ou risquant d'être exposées à la rage en raison d'une morsure d'animal. • **Seniors Drug Cost Assistance Plan :** personnes âgées de 65 ans et plus. • **Transplant Program :** les personnes qui ont subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse. • **Rheumatic Fever Program :** personnes ayant des antécédents documentés de fièvre rhumatismale ou de rhumatisme cardiaque. • **Sexually Transmitted Diseases (STD) Program :** personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie transmissible sexuellement ou ayant été en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué une maladie transmissible. • **Children-In-Care/Financial Assistance Program :** personnes admissibles en vertu de la *Social Assistance Act* et personnes dont la garde temporaire ou permanente a été confiée au directeur de			

<table>
<tr><th>Admissibilité</th><th>N.-B.</th><th>N.-É.</th><th>Î.-P.-É.</th><th>T.-N.-L.</th><th>Yn</th><th>Santé Canada — DGSPNI</th></tr>
<tr><td>Renseignements généraux sur les bénéficiaires (suite)</td><td></td><td></td><td>la protection de l'enfance.
• Tuberculosis (TB) Drug Program : personnes dont le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'administrateur en chef de la santé publique du ministère de la Santé.
• Home Oxygen Program : personnes s'étant fait prescrire de l'oxygène par un spécialiste correspondant aux critères cliniques.</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Groupes de revenus (remplir seulement si les coûts en dollars sont connus)</td><td>Personnes âgées
Personnes âgées n'ayant pas droit au Supplément de revenu garanti (SRG) :
• personne âgée célibataire dont le revenu annuel ne dépasse pas 17 198 $;
• couple de personnes âgées dont les deux personnes sont âgées de 65 ans et plus et dont le revenu annuel combiné est de 26 955 $ ou moins;
• couple de personnes âgées dont une personne est âgée de moins de 65 ans et dont le revenu annuel combiné est de 32 390 $ ou moins.</td><td>Drug Assistance for Cancer Patients : résidents ayant un revenu familial brut qui ne dépasse pas 15 720 $.</td><td>Family Health Benefit Program
<table>
<tr><th>Nombre d'enfants</th><th>Revenu familial annuel net</th></tr>
<tr><td>1</td><td>< 24 800 $</td></tr>
<tr><td>2</td><td>< 27 800 $</td></tr>
<tr><td>3</td><td>< 30 800 $</td></tr>
<tr><td>4</td><td>< 33 800 $</td></tr>
<tr><td>Plus de 4</td><td>Supplément de 3 000 $ par enfant additionnel</td></tr>
</table></td><td>Access Plan :
• familles avec enfants, y compris les familles monoparentales : revenu annuel net de 42 870 $ ou moins;
• couples sans enfants ayant un revenu annuel net de 30 009 $ ou moins;
• personnes seules dont le revenu annuel net est de 27 151 $ ou moins.
Le paiement direct maximum de l'Assurance Plan dépend des groupes de revenus nets suivants :
• jusqu'à 39 999 $
• de 40 000 $ à 74 999 $
• de 75 000 $ à 149 999 $</td><td>Le revenu familial et la taille de la famille servent à déterminer les franchises relatives au Programme d'aide aux malades chroniques et au Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants. Le tableau concernant ce programme illustre les groupes de revenus inadmissibles.</td><td>s.o.</td></tr>
</table>

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Autres critères d'admissibilité		**Family Pharmacare Program et Nova Scotia Diabetes Assistance Program :** les résidents qui acceptent de fournir de l'information sur la taille de leur famille, et consentent à une vérification de leur revenu familial annuel par l'Agence du revenu du Canada (ARC). **Nova Scotia Diabetes Assistance Program** L'adhésion à ce programme a pris fin le 31 mars 2010. Les nouveaux patients peuvent s'inscrire au Family Pharmacare Program.			L'absence du territoire pendant plus de 183 jours consécutifs (six mois) entraînera la suspension du remboursement des coûts associés aux médicaments et aux prestations à compter de la date de départ. Une prorogation d'un mois est accordée sur demande faite au directeur du Régime d'assurance-santé, à condition que le Yukon soit le seul lieu principal de résidence du requérant. À son retour au territoire, le résident peut faire une autre demande d'assurance-maladie sous le programme respectif.	Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique peuvent recevoir une liste d'avantages supplémentaires qui ne font pas partie de la liste des médicaments du Programme des soins de santé non assurés (SSNA). Dans le cas des nouveaux bénéficiaires qui ont besoin de médicaments figurant sur la liste spéciale, ces derniers seront approuvés de la façon préalable habituelle. Une fois l'admissibilité du patient confirmée, la couverture s'appliquera automatiquement à tous les médicaments de la liste spéciale pour aussi longtemps que nécessaire. Les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une liste de médicaments additionnels qui ne font pas partie de la liste des médicaments du Programme des SSNA.
Sources	Pour en savoir davantage : Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick	Pour en savoir davantage : Nova Scotia Pharmacare Drug Programs and Funding	Pour en savoir davantage : Prince Edward Island Drug Program	Pour en savoir davantage : Newfoundland and Labrador Prescription Drug Programs	Pour en savoir davantage : ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon	Pour en savoir davantage : Services de santé non assurés

Haut de la page

Participation aux coûts (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario)

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Cotisation	Aucune	**Régime non collectif, depuis juillet 2010** Célibataire : 63,50 $ par mois Famille : 118 $ par mois Des tarifs subventionnés sont offerts aux personnes admissibles, en fonction de l'information qui figure sur leur déclaration de revenus de l'année précédente. Les tarifs subventionnés sont : Célibataire : 44,45 $ par mois Famille : 82,60 $ par mois	Aucune	Aucune	Aucune
Copaiement et coassurance	• **Fair PharmaCare** Une fois la franchise annuelle payée, 30 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal. • **Fair PharmaCare Enhanced Assistance** Une fois la franchise annuelle payée, 25 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal. • **« Paiement en totalité » (pas de quote-part)** Depuis le 15 octobre 2010, si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare, une pharmacie	• **Personnes âgées**, **Personnes veuves**, **Soins palliatifs** et **Régime non collectif** Copaiement équivalent à 30 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 $.	• **Programme de soutien spécial** Le montant du copaiement est déterminé par le montant du prix des médicaments de la famille qui dépasse 3,4 % du revenu familial combiné et ajusté. La famille paie une portion de chaque ordonnance pour réduire leur portion du prix des médicaments et étendre le coût sur la période de couverture de six mois. • **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** Jusqu'à 20 $ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le Formulaire de la Saskatchewan et ceux qui ont été approuvés sur la liste des médicaments d'exception. Pas	Aucune	• Bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) qui versent jusqu'à 2 $ (copaiement) par ordonnance : – personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net est *inférieur à* 16 018 $; – couples de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est *inférieur à* 24 175 $; – patients qui reçoivent des prestations en vertu de la Loi sur le programme Ontario au travail ou de la Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées;

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Copaiement et coassurance (suite)	n'est pas autorisée à recueillir un montant, directement de ce patient, qui excède le prix maximal des médicaments et le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance établis par PharmaCare. Cette politique s'applique aux patients couverts en vertu des régimes B, C, D, F, G et P, ainsi qu'à ceux qui ont atteint le maximum familial du Fair PharmaCare.		de frais pour les personnes âgées bénéficiaires du Programme d'aide à l'autonomie de la Saskatchewan ou couvertes par le programme pour les soins palliatifs. • **Bénéficiaires de la Seniors Income Plan (SIP) ou du Supplément de revenu garanti (SRG) pour les personnes âgées** 35 % pour les personnes âgées qui reçoivent automatiquement ce copaiement, une fois la franchise versée, mais peuvent aussi demander une couverture calculée selon leur revenu. • **Prestations de santé familiale** 35 % une fois la franchise versée; aucun frais pour les enfants âgés de moins de 18 ans • **Assurance-maladie complémentaire** – Moins de 18 ans : aucune – **Régime un :** adultes, maximum de 2 $ par produit d'ordonnance assuré – **Régime deux :** peut être admissible à des ordonnances gratuitement – Régime trois : aucune • **Régime d'assurance-médicaments pour les enfants** Jusqu'à 20 $ par ordonnance.		– résidents recevant des services professionnels dans le cadre du programme de services à domicile; – résidents d'établissements de soins de longue durée et de foyers de soins spéciaux – résidents admissibles au Programme de médicaments Trillium. • Les bénéficiaires du PMO paient jusqu'à 6,11 $ (quote-part) sur les frais d'exécution de chaque ordonnance, si les bénéficiaires sont – des personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net se chiffre à *au moins* 16 018 $; – un couple de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné se chiffre à *au moins* 24 175 $; • Copaiement de 2,83 $ pour les ordonnances exécutées dans une pharmacie hospitalière pour patients externes.

<table>
<tr><th>Participation aux coûts</th><th>C.-B.</th><th>Alb.</th><th>Sask.</th><th>Man.</th><th>Ont.</th></tr>
<tr>
<td>Franchise</td>
<td>
• Fair PharmaCare
<table>
<tr><th>Revenu familial net</th><th>Franchise en pourcentage du revenu net</th></tr>
<tr><td>< 15 000 $</td><td>0 %</td></tr>
<tr><td>15 000 $ à 30 000 $</td><td>2 %</td></tr>
<tr><td>> 30 000 $</td><td>3 %</td></tr>
</table>
• Fair PharmaCare Enhanced Assistance
<table>
<tr><th>Revenu familial net</th><th>Franchise en pourcentage du revenu net</th></tr>
<tr><td>< 33 000 $</td><td>0 %</td></tr>
<tr><td>33 000 $ à 50 000 $</td><td>1 %</td></tr>
<tr><td>> 50 000 $</td><td>2 %</td></tr>
</table>
Pour une famille inscrite au Fair PharmaCare dont le revenu ne peut être vérifié ou pour une personne inscrite au Medical Services Plan, mais qui n'est pas inscrite au Fair PharmaCare, la franchise est de 10 000 $.

Pas de franchise applicable aux autres régimes ou programmes
</td>
<td>Aucune</td>
<td>
• Bénéficiaires du SRG
– Si le bénéficiaire vit dans la communauté, la franchise semi-annuelle pour les médicaments sur ordonnance est de 200 $.
– Si le bénéficiaire vit dans un centre de soins spéciaux, la franchise semi-annuelle est de 100 $.
• Bénéficiaires du SIP
– Franchise familiale de 100 $.
• Programme d'allocations familiales pour soins de santé
– Franchise familiale semi-annuelle de 100 $.

Les franchises peuvent être réduites pour les personnes admissibles pour une couverture pour médicaments supplémentaire par l'intermédiaire du programme de soutien spécial.
</td>
<td>
• Pharmacare
– Calculée selon le revenu : seuil annuel fondé sur le revenu familial redressé.
– La franchise minimale est de 100 $.

Pour l'exercice 2013-2014, voici les taux de franchise calculés en fonction du revenu familial redressé :
<table>
<tr><th>Seuil minimal</th><th>Seuil maximal</th><th>Franchise</th></tr>
<tr><td></td><td>≤ 15 000 $</td><td>2,85 %</td></tr>
<tr><td>> 15 000 $</td><td>≤ 21 000 $</td><td>4,05 %</td></tr>
<tr><td>> 21 000 $</td><td>≤ 22 000 $</td><td>4,09 %</td></tr>
<tr><td>> 22 000 $</td><td>≤ 23 000 $</td><td>4,17 %</td></tr>
<tr><td>> 23 000 $</td><td>≤ 24 000 $</td><td>4,23 %</td></tr>
<tr><td>> 24 000 $</td><td>≤ 25 000 $</td><td>4,27 %</td></tr>
<tr><td>> 25 000 $</td><td>≤ 26 000 $</td><td>4,32 %</td></tr>
<tr><td>> 26 000 $</td><td>≤ 27 000 $</td><td>4,37 %</td></tr>
<tr><td>> 27 000 $</td><td>≤ 28 000 $</td><td>4,41 %</td></tr>
<tr><td>> 28 000 $</td><td>≤ 29 000 $</td><td>4,45 %</td></tr>
<tr><td>> 29 000 $</td><td>≤ 40 000 $</td><td>4,48 %</td></tr>
<tr><td>> 40 000 $</td><td>≤ 42 500 $</td><td>4,87 %</td></tr>
<tr><td>> 42 500 $</td><td>≤ 45 000 $</td><td>4,99 %</td></tr>
<tr><td>> 45 000 $</td><td>≤ 47 500 $</td><td>5,09 %</td></tr>
<tr><td>> 47 500 $</td><td>≤ 75 000 $</td><td>5,16 %</td></tr>
<tr><td>> 75 000 $</td><td>—</td><td>6,46 %</td></tr>
</table>
</td>
<td>
• Franchise de 100 $ pour :
– personnes âgées célibataires âgées de 65 ans et plus dont le revenu annuel est de 16 018 $ ou plus;
– couples de personnes âgées dont le revenu annuel combiné est de 24 175 $ ou plus.

Les personnes admissibles au Programme de médicaments Trillium doivent verser une franchise chaque trimestre ou au prorata selon leur revenu..
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th>Participation aux coûts</th><th>C.-B.</th><th>Alb.</th><th>Sask.</th><th>Man.</th><th>Ont.</th></tr>
<tr>
<td>Cotisation maximale d'un bénéficiaire</td>
<td>
• Fair PharmaCare
<table>
<tr><th>Revenu familial net</th><th>Maximum en pourcentage du revenu net</th></tr>
<tr><td>< 15 000 $</td><td>2 %</td></tr>
<tr><td>15 000 $ à 30 000 $</td><td>3 %</td></tr>
<tr><td>> 30 000 $</td><td>4 %</td></tr>
</table>
• Fair PharmaCare Enhanced Assistance
<table>
<tr><th>Revenu familial net</th><th>Maximum en pourcentage du revenu net</th></tr>
<tr><td>< 33 000 $</td><td>1,25 %</td></tr>
<tr><td>33 000 $ à 50 000 $</td><td>2 %</td></tr>
<tr><td>> 50 000 $</td><td>3 %</td></tr>
</table>
</td>
<td>• Soins palliatifs
Le maximum à vie qu'un patient peut avoir à débourser est de 1 000 $.</td>
<td></td>
<td>La cotisation maximale d'un bénéficiaire est fondée sur la franchise du bénéficiaire.</td>
<td>s.o.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sources</td>
<td>Pour en savoir davantage :
British Columbia PharmaCare</td>
<td>Pour en savoir davantage :
Santé Alberta</td>
<td>Pour en savoir davantage :
Saskatchewan Health Drug Plan and Extended Benefits Branch</td>
<td>Pour en savoir davantage :
Santé Manitoba</td>
<td>Pour en savoir davantage :
Programme de médicaments de l'Ontario</td>
</tr>
</table>

Haut de la page

Participation aux coûts (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits)

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Cotisation	**Fibrose kystique, sclérose en plaques, greffe d'organes, déficience d'hormone de croissance, VIH/SIDA :** 50 $/année pour chaque régime	**Senior's Pharmacare :** maximum de 424 $ par année • Pas de cotisation – célibataire et revenu < 18 000 $ – marié et revenu commun < 21 000 $ • Cotisation réduite – célibataire et revenu de 18 000 $ à 24 000 $ – marié et revenu commun de 21 000 $ à 28 000 $	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Copaiement et coassurance	• **Personnes âgées** – avec le SRG : 9,05 $ par ordonnance; – sans le SRG : 15 $ par ordonnance. • **Résidents adultes d'établissements résidentiels agréés** – 4 $ par ordonnance. • **Clients du ministère du Développement social** – 4 $ par ordonnance pour les adultes (18 ans et plus); – 2 $ par ordonnance pour les enfants (moins de 18 ans). • **Personnes atteintes de la sclérose en plaques** – Calculé annuellement selon le revenu. • **Fibrose kystique, greffe d'organes, déficience d'hormone de croissance et VIH/sida** – 20 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 $.	• **Family Pharmacare :** – 20 % du coût total de l'ordonnance • **Diabetes Assistance Program :** – 20 % du coût total de l'ordonnance • **Department of Community Services Pharmacare Benefits :** – frais de 5 $ par ordonnance, sauf si le client ou la personne à charge a droit à une exemption de participation au paiement. • **Seniors' Pharmacare** – 30 % par prescription	• **Diabetes :** – 10 $ par vial de 10 ml d'insuline ou boîte de cartouches d'insuline de 1,5 ml ou 20 $ par boîte de cartouches d'insuline de 3,0 ml – Bandes réactives pour glycémie : 11 $ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 bandes tous les 30 jours. – Traitements par voie orale et matériel d'examen des urines : 11 $ par ordonnance. – Médicaments onéreux pour le diabète : une partie des médicaments fondée sur le revenu plus honoraire pour chaque médicament onéreux obtenu. • **Family Health Benefit Program** – Honoraires du pharmacien par ordonnance • **High-Cost Drug Program** – Une partie des médicaments fondée sur le revenu plus les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance. • **Seniors Drug Cost Assistance Plan** – Première tranche de 8,25 $ des	• **The 65Plus Plan** – Jusqu'à 6 $ par ordonnance • **Access Plan** Les copaiements dépendent du revenu comme suit : **Familles (avec enfants) :** Revenu / Copaiement < 30 009 $ / 20,0 % 31 000 $ / 23,9 % 32 000 $ / 27,7 % 33 000 $ / 31,6 % 34 000 $ / 35,5 % 35 000 $ / 39,4 % 36 000 $ / 43,3 % 37 000 $ / 47,2 % 38 000 $ / 51,1 % 39 000 $ / 55,0 % 40 000 $ / 58,8 % 41 000 $ / 62,7 % 42 000 $ / 66,6 % 42 870 $ / 70,0 % **Couples (sans enfants) :** Revenu / Copaiement < 21 435 $ / 20,0 % 22 000 $ / 23,3 % 23 000 $ / 29,1 % 24 000 $ / 35,0 % 25 000 $ / 40,8 % 26 000 $ / 46,6 % 27 000 $ / 52,4 % 28 000 $ / 58,3 % 29 000 $ / 64,1 % 30 000 $ / 69,9 % 30 009 $ / 70,0 %	Aucune	Aucune

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Copaiement et coassurance (suite)			médicaments plus les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance. • **Quit Smoking Program** – Les patients doivent assumer tous les coûts approuvés pour les médicaments, à l'exception des premiers 75 $ par année, qui seront remboursés par le programme. • **Home Oxygen Program** – Le régime d'assurance-maladie de l'Î.-P.-É. couvre 50 % des dépenses admissibles jusqu'à un montant de 200 $ par mois.	**Personnes célibataires :** Revenu / Copaiement < 18 577 $ / 20,0 % 19 000 $ / 22,5 % 20 000 $ / 28,3 % 21 000 $ / 34,1 % 22 000 $ / 40,0 % 23 000 $ / 45,8 % 24 000 $ / 51,6 % 25 000 $ / 57,5 % 26 000 $ / 63,3 % 27 000 $ / 69,1 % 27 151 $ / 70,0 %		

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Franchise	Aucune	• **Family Pharmacare :** la franchise familiale annuelle est un pourcentage à échelle mobile fondé sur le revenu familial redressé. • **Diabetes Assistance :** pourcentage fondé sur le revenu familial redressé.	Aucune	Aucune	• **Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants :** 250 $ par enfant par famille – La franchise peut être abolie ou réduite selon le revenu. • **Programme d'aide aux malades chroniques** : 250 $ annuellement par personne – Peut être abolie dans le cas des bénéficiaires de soins palliatifs. – Peut être abolie ou réduite selon le revenu.	Aucune

<table>
<tr><th>Participation aux coûts</th><th>N.-B.</th><th>N.-É.</th><th>Î.-P.-É.</th><th>T.-N.-L.</th><th>Yn</th><th>Santé Canada — DGSPNI</th></tr>
<tr>
<td>Cotisation maximale d'un bénéficiaire</td>
<td>• Personnes âgées qui touchent le Supplément de revenu garanti (SRG) : 500 $ par année civile
• Fibrose kystique, greffe d'organes, déficience d'hormone de croissance et VIH/sida : copaiement maximal de 500 $ par famille au cours d'un exercice financier plus cotisation.
• Résidents adultes d'établissements résidentiels agréés : 250 $ par personne au cours d'un exercice financier.
• Clients du ministère du Développement social : 250 $ par famille au cours d'un exercice financier.</td>
<td>• Family Pharmacare : copaiement annuel familial plus franchise familiale annuelle fondés sur le revenu
• Seniors Pharmacare : copaiement annuel maximal de 382 $ plus cotisation</td>
<td>s.o.</td>
<td>• Les prestations maximales de l'Assurance Plan dépendent du revenu net comme suit :
<table>
<tr><th>Revenu net</th><th>Maximum</th></tr>
<tr><td>Jusqu'à 39 999 $</td><td>5,0 %</td></tr>
<tr><td>De 40 000 $ à 74 999 $</td><td>7,5 %</td></tr>
<tr><td>De 75 000 $ à 149 999 $</td><td>10,0 %</td></tr>
</table>
Par exemple, dans le cas d'une famille dont le revenu net est de 35 000 $ et qui doit assumer des coûts annuels en médicaments de 6 000 $, la contribution annuelle maximale serait de 5 % du revenu familial, ce qui correspond à 1 750 $ (5 % × 35 000 $). Le programme utilise le calcul suivant pour déterminer le copaiement :
(35 000 $ × 5 %)／6 000 $ = 29,17 %
Chaque fois qu'une ordonnance pour un médicament admissible est exécutée, la famille doit payer 29,17 % du coût total de l'ordonnance.</td>
<td>• Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants : 500 $ annuellement par famille
• Programme d'aide aux malades chroniques : 500 $ annuellement par famille</td>
<td>s.o.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sources</td>
<td>Pour en savoir davantage : Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick</td>
<td>Pour en savoir davantage : Nova Scotia Pharmacare — Drug Programs and Funding</td>
<td>Pour en savoir davantage : Prince Edward Island Drug Programs</td>
<td>Pour en savoir davantage : Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program</td>
<td>Pour en savoir davantage : ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon</td>
<td>Pour en savoir davantage : Services de santé non assurés</td>
</tr>
</table>

Haut de la page

Information relative aux politiques (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario)

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Prix des ingrédients	**Prix maximal** Les médicaments sont remboursés jusqu'à un prix maximal fixé selon le prix du fabricant plus une marge de 8 % (5 % pour les médicaments onéreux). **Low-Cost Alternative (LCA) Program** Les prix de la LCA sont fixés au prix maximal accepté pour les médicaments génériques d'une catégorie LCA plus une marge de 8 % (5 % pour les médicaments onéreux). **Reference Drug Program** Le remboursement de certains médicaments de catégories thérapeutiques données est limité au montant quotidien maximal. **Prix de détail** Certains produits, comme l'insuline, les aiguilles et les seringues, le matériel d'injection pour une pompe à insuline ainsi que les articles de stomies, sont remboursés au prix de détail régulier. **Coût d'achat réel (CAR)** Certains produits (comme les bandes réactives pour glycémie) sont remboursés selon leur CAR.	**Solution la moins coûteuse (SMC)** La solution la moins coûteuse constitue le plus bas prix fixé pour un médicament d'une série de produits pharmaceutiques interchangeables. **Coût maximal admissible (CMA)** Le coût maximal admissible constitue le coût unitaire maximum établi pour un produit pharmaceutique particulier ou un groupe de produits pharmaceutiques. **Coût d'achat réel (CAR)** Les pharmaciens doivent facturer selon le coût d'achat réel d'un produit pharmaceutique, y compris tout rabais reçu pour un produit acheté. En ce qui concerne les produits interchangeables, les pharmaciens ne peuvent facturer que le CAR, jusqu'à concurrence du prix de la SMC ou du CMA le moins élevé.	**Solution moins coûteuse (SMC)** Les prestations sont en fonction de la marque interchangeable la moins coûteuse indiquée dans le formulaire. **Coût maximal admissible (CMA)** Le prix maximum que le régime d'assurance-maladie couvrira dans le cas de médicaments aux propriétés médicinales similaires. **Coût d'achat réel (CAR)** Le coût des ingrédients, à moins qu'il ne soit déterminé autrement (c.-à-d. SMC, CMA), est calculé en fonction du coût réel des ingrédients d'un produit pharmaceutique, y compris tout rabais reçu pour un produit acheté. **Saskatchewan Insulin Pump Program** CAR jusqu'au prix courant maximal au formulaire des pompes à insuline. Les fabricants de médicaments de marque doivent entamer un processus de proposition de prix et doivent garantir le prix de leurs produits pendant l'exercice (d'avril à mars).	**Solution moins coûteuse** Les prestations sont établies en fonction de la marque interchangeable la moins coûteuse indiquée dans le formulaire, que le médicament couvert soit prescrit ou non avec la mention « pas de substitution ».	**Prix au titre du régime de médicaments (PRM)** Le PRM pour un médicament dans une forme et un dosage spécifique reflète le montant, calculé par gramme, millilitre, comprimé, capsule ou autre format approprié, pour lequel un médicament sera remboursé par le ministère. Les médicaments sont remboursés au PRM listé (ou PRM le plus bas pour un produit interchangeable), une marge, ainsi que les frais les moins élevés des frais habituels de la pharmacie ou les frais d'exécution d'ordonnance du PMO, moins le copaiement applicable.

<table>
<tr><th>Information relative aux politiques</th><th>C.-B.</th><th>Alb.</th><th>Sask.</th><th>Man.</th><th>Ont.</th></tr>
<tr>
<td>Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)</td>
<td>Depuis le 1er avril 2013, le prix des médicaments génériques est établi ainsi :
• Produits sous forme solide administrés par voie orale — 25 % du prix du médicament de marque équivalent.
• Toutes les autres formes de produit — 35 % du prix du médicament de marque équivalent.</td>
<td>Depuis le 1er mai 2013, le prix des médicaments génériques a été réduit à 18 % du prix des médicaments de marque.

La politique des prix s'applique aux secteurs publics et privés.</td>
<td>Tous les médicaments génériques depuis le 1er avril 2012 : 35 %

La politique des prix s'applique aux secteurs public et privé.</td>
<td></td>
<td>Tous les médicaments génériques depuis le 1er avril 2012 : 25 %

La politique des prix s'applique aux secteurs public et privé.</td>
</tr>
<tr>
<td>Frais professionnels — frais/services liés à un produit</td>
<td>Frais d'exécution d'ordonnance : maximum de 10 $

Methadone Maintenance Program : frais d'interaction de 7,70 $, en plus des frais d'exécution d'ordonnance pour la surveillance de l'ingestion du médicament.

• La Frequency of Dispensing Policy pour des médicaments délivrés pour une période d'approvisionnement de moins de 28 jours :
– Maximum de trois frais d'exécution d'ordonnance par patient et par jour..
– Maximum de cinq frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments délivrés pour une période de 2 à 27 jours.
• Taux pour la capitation
Les pharmacies qui délivrent des médicaments dans les établissements de soins de longue durée reçoivent 43,75 $ par mois et par lit desservi.</td>
<td>L'Alberta a deux types de frais professionnels : les frais d'exécution d'ordonnance et la déduction supplémentaire pour inventaire.

Les frais, du 1er avril 2013 au 31 mars 2014, sont les suivants :
<table>
<tr><th>Coût d'achat</th><th>Frais d'exécution d'ordonnance</th><th>Déduction supplémentaire pour inventaire</th></tr>
<tr><td>Jusqu'à 74,99 $</td><td>10,22 $</td><td>0,71 $</td></tr>
<tr><td>De 75 $ à 149,99 $</td><td>15,53 $</td><td>2 $</td></tr>
<tr><td>150 $ et plus</td><td>20,94 $</td><td>5,03 $</td></tr>
</table>
• Pour l'insuline et les contraceptifs oraux, les frais d'exécution d'ordonnance ne doivent pas dépasser le coût d'achat du médicament multiplié par 5/3.
• Pour les médicaments injectables autres que l'insuline, les frais d'exécution d'ordonnance ne doivent pas dépasser le coût d'achat du médicament injectable multiplié par 5/3, jusqu'à concurrence de 100 $ de plus que le coût d'achat du médicament injectable.
• En ce qui concerne les ordonnances composées, les frais de préparation supplémentaires ne doivent pas excéder 75 cents par minute pour chaque minute qui dépasse les sept minutes.</td>
<td>Depuis le 1er mai 2013, les frais d'exécution d'ordonnance maximaux sont de 10,75 $.
• Fourniture de médicaments à titre d'essai
Liste précise de médicaments; essai pendant 7 ou 10 jours; un suivi par le pharmacien est nécessaire. Les frais professionnels habituels (jusqu'à concurrence de 10,25 $) sont payés pour la quantité de la période d'essai. Si la médication se poursuit, des frais ne peuvent être réclamés à l'égard du reste de l'ordonnance, mais des frais de 7,50 $ au titre d'un autre mode de paiement sont versés même si le reste de l'ordonnance n'est pas administré. Les renouvellements subséquents sont assujettis aux remboursements habituels.
• Méthadone
Les frais de soins gérés pour la méthadone sont de 3,50 $ par jour (24,50 $ par semaine) et sont remboursés</td>
<td>Les honoraires pour le Régime d'assurance-médicament correspondent au montant qu'un pharmacien facture régulièrement aux personnes responsables de payer les honoraires sans se faire rembourser.

Le Programme d'aide à l'emploi et au revenu a établi le plafond des honoraires du pharmacien à 6,95 $.

Honoraires mensuels fixés par tête
Les honoraires mensuels fixés par tête pour les foyers de soins personnels sont de 37,50 $ par lit, par mois à Winnipeg et de 38,20 $ par lit, par mois dans les régions rurales.</td>
<td>Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales sont de 8,62 $ et ceux des pharmacies en régions rurales varient de 9,69 $ à 12,92 $ pour 2013-2014.

Entre le 1er octobre 2012 et le 31 mars 2013, des frais de transition de 0,15 $ pour chaque demande admissible ont été traités et ajoutés au cycle de paiement régulier de la pharmacie.

Les frais d'exécution d'ordonnance payés par le gouvernement de l'Ontario vont augmenter annuellement chaque 1er avril jusqu'au 1er avril 2014, lorsque les frais d'exécution d'ordonnance payables en vertu du PMO s'élèveront entre 8,83 $ et 13,25 $.

Les frais d'exécution d'ordonnance sont assumés jusqu'à concurrence de deux fois par patient, par médicament et par mois; sont exclus les patients des établissements de soins de longue durée et les médicaments de la liste des médicaments exemptés.</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th>Information relative aux politiques</th><th>C.-B.</th><th>Alb.</th><th>Sask.</th><th>Man.</th><th>Ont.</th></tr>
<tr>
<td>Frais professionnels — frais/services liés à un produit (suite)</td>
<td>

Rural Incentive Program verse une subvention par demande de remboursement (de 3 $ à 10,50 $) aux pharmacies rurales dont le nombre de demandes de remboursement mensuelles est inférieur à 1 700.
Administration des vaccins 10 $ pour chaque vaccin administré dans le cadre d'un programme de vaccination publique.

Ordonnances composées
Frais fixes maximums par type de composé :

Solutions orales — 20 $
Suspensions orales — 20 $
Capsules — 0,30 $ par capsule
Suppositoires — 40 $
Pastilles — 40 $
Dispositif d'injections continues ambulatoire — 20 $
Injections i.v., i.m. et s.-c. stériles — 20 $
Injections intrathécales — 40 $
Crèmes, onguents et lotions de 250 g/mL ou moins — 15 $
Crèmes, onguents et lotions de 251 g/mL ou plus — 20 $
Gouttes ophtalmiques stériles et sans agent de conservation — 30 $

Les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas facturés pour les produits remboursés au prix de détail (p. ex. l'insuline et le matériel d'injection pour une pompe à insuline).
</td>
<td>

L'allocation temporaire s'applique aux ordonnances dont le CAR se situe entre 0 $ et 74,99 $ (à l'exception de l'insuline, des contraceptifs oraux, des médicaments injectables, des fournitures pour le diabète et des médicaments en vertu du Alberta Public Health Activities Program et de la Pharmacy Practice Models Initiative), comme suit :
<table>
<tr><th>Date d'entrée en vigueur</th><th>Déduction pour inventaire</th></tr>
<tr><td>Du 1er avril 2013 au 14 avril 2013</td><td>0,71 $</td></tr>
<tr><td>Du 15 avril 2013 au 31 mars 2014</td><td>1,71 $</td></tr>
</table>

Frais d'évaluation pour une pharmacothérapie à l'essai : 20 $

Frais d'évaluation pour le refus de remplir une ordonnance : 20 $
</td>
<td>
uniquement pour les interactions en personne entre le patient et le pharmacien.

Système d'emballage aux fins de l'observance 6,25 $ pour un approvisionnement de 7 jours (25 $ pour un approvisionnement de 28 jours ou 31,25 $ pour un approvisionnement de 35 jours).
Préparations magistrales Supplément de « frais composés » de 0,75 $/minute jusqu'à concurrence de 60 minutes. Un maximum de 20 minutes s'applique pour la plupart des composés de méthadone.
Matériel d'analyse d'urine Aucuns frais alloués
Saskatchewan Insulin Pump Program Aucuns frais alloués

</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Frais professionnels — services cliniques	• **Honoraires des services de pharmacie clinique :** – Renouvellement d'ordonnance : 10 $ – Frais des changements : 10 $ – Frais pour la substitution thérapeutique : 17,20 $ Le ministère assumera jusqu'à concurrence de deux frais de services cliniques par médicament, par personne pour une période de six mois. **Services d'examen des médicaments :** • Standard (60 $) • Consultation avec le pharmacien (70 $) • Suivi (15 $) — maximum de quatre par année • Un examen standard ou une consultation avec le pharmacien tous les six mois • Les bénéficiaires qui prennent au moins cinq médicaments admissibles différents qui ont été classés dans PharmaNet dans les six derniers mois et qui ont un besoin clinique de ce service. • **Frais de services particuliers** Refus de remplir une ordonnance : jusqu'à deux fois les frais d'exécution d'ordonnance maximaux.	• **Comprehensive Annual Care Plans (CACP) :** – Le patient doit avoir des besoins complexes. – Le patient doit présenter au moins deux affections chroniques du groupe A ou une affection du groupe A et au moins un facteur de risque du groupe B. – Suivi : Selon l'évaluation professionnelle d'un pharmacien, le patient sera admis à l'hôpital ou obtiendra son congé dans un délai de 14 jours civils, ou un médecin a fait une demande de consultation. Un autre pharmacien ou une autre pharmacie n'ayant pas effectué l'évaluation peut demander un suivi s'il ou elle possède une copie du CACP. **Groupe A (maladie chronique) :** Maladie hypertensive, diabète, MPOC, asthme, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique et trouble de santé mentale. **Groupe B (facteurs de risque) :** Tabagisme, obésité et toxicomanie. **Frais du CACP :** • 100 $ par examen des médicaments et 20 $ par suivi • 125 $ par examen des médicaments et 25 $ par suivi si le pharmacien est autorisé à prescrire des médicaments. • **Standard Medication Management Assessment (SMMA) :** Patients qui ne répondent pas aux critères du CACP. Les patients doivent être atteints d'une affection chronique et prendre au moins quatre médicaments différents de l'annexe 1 ou de l'insuline (les différentes doses et formes d'un même médicament ne sont pas considérées comme des médicaments différents).	• **Ordonnance pour contraceptifs d'urgence** • **Frais d'exécution** d'ordonnance équivalant à deux fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel en plus du coût et des frais habituels pour le produit administré. • **Refus d'exécuter** Liste précise de médicaments. Possibilité de facturer 1,5 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel de la pharmacie. • **Frais de soins continus** Pour les services liés au bilan comparatif des médicaments pour les clients qui sont transférés d'un établissement à un centre communautaire. Possibilité de facturer 1,5 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel de la pharmacie. • **Évaluation des médicaments** Maximum de 60 $ versés une fois par année civile. • **Évaluations des patients** (montant maximal par période de 28 jours par patient) – Poursuite des prescriptions existantes : 6 $; maximum : quatre. – Information insuffisante : 6 $; maximum : une. – Poursuite des prescriptions existantes : 10 $; maximum : une. – Rapprochement des médicaments : 25 $; maximum : 1.		**Programme Medscheck** Résidents admissibles pour recevoir un examen annuel et des examens de suivi : – résidents qui prennent au moins trois médicaments prescrits pour une maladie chronique; ou – résidents des établissements agréés de soins de longue durée; ou – personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou 2 et qui prennent des médicaments; ou – personnes admissibles au programme Medscheck qui sont confinées à la maison ou qui ne sont pas en mesure de se rendre à la pharmacie communautaire pour obtenir des services. • **Frais du programme MedsCheck** – 60 $ par MedsCheck – 25 $ par suivi – 75 $ par MedsCheck pour le diabète et 25 $ par suivi – 150 $ par MedsCheck à domicile 90 $ pour la consultation initiale (MedsCheck en soins de longue durée) et 50 $ par examen trimestriel.

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Frais professionnels — services cliniques (suite)		– L'examen des médicaments peut être effectué une fois par année. – Les suivis peuvent servir à mettre à jour la SMMA et le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), s'ils sont demandés par un médecin ou un pharmacien ou dans le cadre d'une admission à l'hôpital ou d'une sortie dans un délai de 14 jours civils. • **Frais de la SMMA :** – 60 $ par examen des médicaments et 20 $ par suivi; – 75 $ par examen des médicaments et 25 $ par suivi si le pharmacien est autorisé à prescrire des médicaments.			
Marge des pharmacies	Maximum de 8 % pour la plupart des médicaments. Maximum de 5 % pour les médicaments onéreux. Produits sujets au maximum de 7 % du CAR. * Les médicaments onéreux sont définis comme étant ceux pour lesquels les coûts quotidiens (dosage typique) sont de 40 $ et plus (coûts annuels de 14 600 $).	Les prix fixés sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta incluent une marge du grossiste seulement si le fabricant de médicaments passe par un grossiste. Dans un tel cas, le fabricant de médicaments doit joindre une remise de distribution jusqu'à concurrence de 7,5 %, incluant les produits uniques et interchangeables.	La marge maximum du pharmacien par médicament d'ordonnance est : **Prix du médicament** / **Marge** 0,01 $ – 6,30 $: 30 % 6,31 $ – 15,80 $: 15 % 15,81 $ –200 $: 10 % > 200,01 $: 20 $ max. **Agent d'analyse d'urine** La marge ci-dessus plus 50 % **Saskatchewan Insulin Pump Program** Aucune marge permise		Le maximum peut être de 8 % (sur autorisation).

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Coordination des prestations (secteurs public et privé)	PharmaCare couvre toutes les personnes, à l'exception des résidents de la C.-B. couverts par le ministère des Anciens Combattants, les Forces armées, la commission des accidents du travail ou le programme fédéral des Services de santé non assurés. PharmaCare vient en premier et l'assurance privée, en deuxième.	Santé Alberta autorise la coordination des prestations entre les régimes d'assurance non collectifs de la Croix-Bleue de l'Alberta et les régimes privés d'assurance. Le paiement est partagé conformément aux consignes de coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.	Le programme d'assurance-médicaments est le premier payeur des réclamations admissibles pour les bénéficiaires admissibles.		Le Régime de l'assurance-médicaments de l'Ontario est le premier payeur et le régime privé, le deuxième.
Processus pour les médicaments d'exception/ restreints	Les demandes d'autorisation spéciale sont réglées par les médecins sur une base individuelle selon les critères établis. Aucune assurance rétroactive.	Les demandes d'autorisation spéciale sont réglées par les médecins sur une base individuelle selon les critères établis. Aucune assurance rétroactive. Une autorisation spéciale est accordée pour un maximum de 12 mois. S'il est nécessaire de poursuivre le traitement, les dispensateurs doivent présenter une nouvelle demande d'assurance avant la date d'échéance.	Les médecins admissibles, le personnel de bureau autorisé ou les pharmaciens peuvent faire une demande d'ajout à la liste des médicaments d'exception au nom du patient. Les patients sont avisés des approbations, mais en cas d'un rejet d'une demande, le patient et le médecin reçoivent une lettre expliquant le motif du refus. Pour les demandes d'ajout à la liste des médicaments d'exception effectuées par un pharmacien : le diagnostic fourni par le médecin doit être consigné par la pharmacie.	La personne qui a prescrit les médicaments doit communiquer avec Santé Manitoba lui demandant une admissibilité d'ordonnance. L'admissibilité est en vigueur à compter de la date d'approbation.	Un médecin doit envoyer une demande écrite à la Direction des programmes de médicaments, qui obtient une recommandation du Comité d'évaluation des médicaments (CEM). Ensuite, le ministère fait parvenir une lettre au médecin requérant l'informant de la décision concernant la couverture du patient. Si la demande est approuvée, le médecin peut faire parvenir une copie de l'approbation au patient afin qu'il la remette au pharmacien. Le service de demande par téléphone (TRS) est offert pour certains médicaments et les demandes sont examinées en temps réel.

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Politique de remboursement	La province ne rembourse pas la plupart des achats faits à l'extérieur.	Les bénéficiaires peuvent réclamer un remboursement lorsqu'ils paient de leur poche. Ils peuvent également demander un remboursement s'ils achètent le médicament d'une autre province ou d'un autre pays; toutefois, l'assurance est limitée aux prestations comparables sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta et les demandes doivent être reçues dans les 12 mois suivant la date de prestation du service.	Les bénéficiaires peuvent soumettre les demandes de remboursement s'ils ont eu à payer de leur poche pour diverses raisons (système informatique en panne, pas de couverture pour la liste des médicaments d'exception au moment de l'exécution de l'ordonnance, etc.). Les bénéficiaires qui sont temporairement hors de la province sont admissibles à l'assurance-médicaments, selon les prix de la Saskatchewan et le régime choisi.	Les résidents peuvent soumettre les reçus originaux des ordonnances exécutées dans une autre province ou un autre territoire au programme d'assurance-médicaments aux fins de remboursement, jusqu'à concurrence d'un montant jugé raisonnable par le ministre.	Ne sont remboursés que les médicaments admissibles prescrits par un médecin inscrit en Ontario et dont l'ordonnance a été exécutée en Ontario.
Divers	**Quantité des prescriptions** • PharmaCare couvre tous les médicaments prescrits jusqu'à concurrence de 30 jours d'approvisionnement (pour les médicaments à court terme et les ordonnances émises pour la première fois relativement aux médicaments de la phase d'entretien) ou de 100 jours (pour les ordonnances répétées de médicaments de la phase d'entretien). Il existe des exonérations pour l'approvisionnement de 30 jours pour • les patients au régime B; • les consommateurs dans les régions rurales ou éloignées; • les ordonnances visées par le Trial Prescription Program (pour un essai de 14 jours).	**Quantité des prescriptions** • Aucune limite sur la quantité de médicaments prescrits. • Dans la plupart des cas, Santé Alberta ne paiera pas pour plus de 100 jours d'approvisionnement d'un médicament à la fois. • Les médicaments utilisés à des fins d'entretien ou de thérapie à long terme dans les classes thérapeutiques suivantes devraient être administrés pendant 100 jours : – anticoagulants – anticonvulsivants – digitale et glucoside digitalique – agents hypoglycémiants – médicaments pour la thyroïde – vitamines – contraceptifs oraux – médicaments antihypertenseurs – œstrogènes conjugués – médicaments anti-arthritiques	**Quantité des prescriptions** Aucune restriction sur la quantité de médicaments prescrits, à quelques exceptions près. Il incombe aux prescripteurs de juger de la durée du traitement de leurs patients. Toutefois, dans la plupart des cas, le programme d'assurance-médicaments ne remboursera pas, ni ne créditera les franchises pour plus de trois mois d'approvisionnement en médicaments à la fois. Il se peut que le pharmacien exige un tarif d'exécution d'ordonnance pour chaque ordonnance dans le cas de la plupart des médicaments de la liste. Si le médicament prescrit doit être pris pendant au moins un mois, le pharmacien peut exiger un tarif d'exécution d'ordonnance pour chaque approvisionnement d'une durée de 34 jours. Cependant, le contrat	**Quantité des prescriptions** Pour toute période de 90 jours, aucun remboursement ne sera versé pour un nombre de jours d'approvisionnement d'un médicament couvert supérieur à ce qui suit (le nombre de jours d'approvisionnement en médicaments équivaut à la quantité du médicament couvert fourni divisée par la posologie quotidienne pour ce médicament) : • 100 jours • jusqu'à concurrence de 100 jours supplémentaires si – on a reçu l'approbation du ministre au préalable; – la personne se rend à l'extérieur du Canada pour une durée de plus de 90 jours consécutifs.	**Quantité des prescriptions** • La quantité normale est celle qui est prescrite. La quantité maximale qui peut être imputable dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) ne doit pas excéder celle d'un traitement de 100 jours. • Pour les personnes souscrites au PMO, toute nouvelle ordonnance sera limitée à un approvisionnement maximal équivalent à 30 jours si le médicament n'a pas déjà été prescrit au cours des 12 derniers mois. Si le médicament est efficace et si le patient ne rapporte aucun problème relatif au médicament durant cette période de 30 jours, la portion non utilisée de son ordonnance peut être utilisée jusqu'à concurrence de 100 jours. Certains bénéficiaires sont exemptés du programme

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Divers (suite)	**Approvisionnement pour un voyage** PharmaCare couvre l'approvisionnement de médicaments pour les voyages à l'extérieur de la province jusqu'à concurrence de l'approvisionnement permis par PharmaCare. Un patient peut demander un approvisionnement pour un voyage à l'extérieur de la province une fois tous les six mois (180 jours). Les patients sont tenus de signer un formulaire de déclaration de voyage de PharmaCare et la pharmacie est tenue de conserver ce formulaire dans ses dossiers pendant la durée normale de conservation des dossiers spécifiée par le College of Pharmacists of British Columbia. **Abandon du tabac** Aux fins d'abandons du tabac, PharmaCare couvre les frais des médicaments d'abandon du tabac sur ordonnance ou de l'approvisionnement de gomme ou de timbres à la nicotine jusqu'à 12 semaines par année.	Les programmes pour les personnes âgées, pour les personnes veuves, pour les soins palliatifs et pour le régime non collectif ne couvrent pas les coûts d'ordonnance dépassant 25 000 $ par bénéficiaire par année. Santé Alberta peut, exceptionnellement, modifier ce montant. Un nouveau programme PharmaCare basé sur le revenu sera mis en place le 1er janvier 2014. Il offrira à tous les Albertains, peu importe leur âge, une couverture exhaustive des médicaments ainsi que des prestations d'assurance-maladie complémentaires.	conclu entre le programme d'assurance-médicaments et le pharmacien n'interdit pas ce dernier d'exécuter une ordonnance de plus de 34 jours par tarif. Le contrat contient également une liste de médicaments à approvisionner pendant deux mois et 100 jours. À moins de circonstances exceptionnelles, la prescription et l'exécution devraient porter sur ces quantités une fois que le patient est passé à la phase d'entretien. La majoration des prix de gros est permise pour certains produits : • Insuline : 5 % • Produits d'offre à commandes : 6 % • Médicaments génériques : 6 % • La plupart des autres médicaments : 8,5 % Le seuil de la majoration des prix de gros est de 50 $ par format du produit.		(voyageurs à l'extérieur de la province pour des périodes prolongées, échantillons de médecins, ordonnance d'insuline). • En ce qui concerne les bénéficiaires assurés en vertu de la *Loi sur le programme Ontario au travail*, la quantité maximale de médicaments réclamée dans le cadre du PMO ne doit pas excéder celle d'un traitement de 35 jours.
Sources	Pour en savoir davantage : British Columbia PharmaCare	Pour en savoir davantage : Santé Alberta	Pour en savoir davantage : Drug Plan and Extended Benefits Branch	Pour en savoir davantage : Santé Manitoba	Pour en savoir davantage : Programme de médicaments de l'Ontario

Haut de la page

Information relative aux politiques (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits)

<table>
<tr><th>Information relative aux politiques</th><th>N.-B.</th><th>N.-É.</th><th>Î.-P.-É.</th><th>T.-N.-L.</th><th>Yn</th><th>Santé Canada — DGSPNI</th></tr>
<tr>
<td>Politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients</td>
<td>Depuis le 1er juin 2013, le coût des médicaments pour chaque ordonnance admissible est comme ci-dessous :
<table>
<tr><th>Catégorie médicaments</th><th>Coût des ingrédients</th></tr>
<tr><td>Interchangeable</td><td>PAM</td></tr>
<tr><td>Non-interchangeable</td><td>PM + jusqu'à 8 %</td></tr>
<tr><td>Préparations magistrales (composées)</td><td>CAR</td></tr>
<tr><td>Méthadone solution orale</td><td>PAM</td></tr>
</table>
PAM : prix admissible maximal
PM : prix du manufacturier
CAR : coût d'achat réel</td>
<td>Prix courant du fabricant (PCF)
Prix publié auquel un médicament ou un appareil est vendu à un fournisseur ou à un grossiste, n'incluant pas de marge pour la distribution.

Prix remboursable maximal (PRM)
Coût maximal établi par les programmes Pharmacare pour lequel un avantage est remboursé à un fournisseur ou à un bénéficiaire pour une catégorie de produits interchangeables.

Prix de remboursement de Pharmacare (PRP)
Montant maximal spécial remboursé aux fournisseurs par le programme pour un médicament, un approvisionnement et un service uniques, tel qu'attribué par le ministre, pour chacun des cas suivants :
• certains groupes de médicaments qui ont un effet thérapeutique semblable;</td>
<td>Coût maximal admissible (CMA) représente le coût des ingrédients fondé sur le prix net du catalogue du manufacturier du produit le moins coûteux d'une catégorie de produits interchangeables auquel on ajoute 6 %.

Lorsqu'il n'y a pas de CMA, le prix est fondé sur le type de manufacturier :
• manufacturier direct — prix net du catalogue du manufacturier;
• manufacturier indirect — prix net du catalogue du manufacturier auquel on ajoute 13 %.</td>
<td>Coût défini
Prix de liste actuel du manufacturier auquel on ajoute une marge de 8,5 %.

Prix des unités interchangeables
Prix à l'unité le plus bas de tous les médicaments dans une même catégorie du Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary (NIDPF).

Le prix du médicament novateur est le prix d'un médicament établi pour un ingrédient provenant d'une seule source, tel que classé par le service pharmaceutique au moment de la réception de la soumission du médicament, auquel on soustrait 8,5 %.

Les frais d'ajustement de l'inventaire sont un pourcentage établi par le ministre qui peut être inclus dans le prix pouvant être facturé pour un médicament figurant dans le formulaire.</td>
<td>Les prestations relatives au Programme d'assurance-médicaments du Yukon seront calculées en fonction de la marque interchangeable la moins coûteuse.

Les prix énumérés sur la liste sont tablés sur les prix de gros.</td>
<td>Équivalent le moins coûteux
Un produit dans un groupe de médicaments interchangeables. Les lois ou politiques pharmaceutiques provinciales ou territoriales sont suivies pour déterminer les produits interchangeables et pour sélectionner la marque la moins coûteuse. Toutefois, les SSNA versent le montant déterminé sur le fichier de prix.

En général, le prix est le même que celui du formulaire provincial respectif (si établi). Sinon, le prix payé sera déterminé selon le prix courant d'un grossiste national.

Il peut y avoir des exceptions — communiquer avec la personne-ressource des SSNA pour obtenir des renseignements propres à votre région.</td>
</tr>
</table>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients (suite)		• des services précis pour lesquels la couverture est établie; • certains formats de dose unitaire et de livraisons spéciales qui sont également disponibles dans des formats en vrac moins coûteux; • certaines fournitures qui ont la même fonction. **Coût d'achat réel (CAR)** Coût net pour le fournisseur après toutes les déductions liées aux rabais, aux remises, aux produits gratuits, etc. Le coût net est le coût des ingrédients du médicament (ou de l'approvisionnement) fondé sur la date d'achat. Le calcul n'inclut pas les rabais pour règlement rapide.		Le prix maximal établi pour un médicament ne doit pas excéder 35 % du prix du médicament de marque, auquel on ajoute des honoraires d'ajustement de l'inventaire.		
Politiques des prix pour les médicaments génériques (pourcentage du prix du médicament de marque)	1er décembre 2012 : 35 % Depuis le 1er juin 2013 : 25 % pour les formes posologiques orales solides et 35 % pour les formes posologiques orales non-solides. La politique des prix s'applique aux secteurs privé et public pour les médicaments interchangeables.	1er janvier 2012 : 40 % 1er juillet 2012 : 35 %	Juillet 2012 : 35 % La politique des prix s'applique aux secteurs privé et public.	1er avril 2013 : 35 % La politique des prix s'applique aux secteurs privé et public.		

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Frais professionnels — services et honoraires liés aux produits	Depuis le 1er juin 2013 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque médicament interchangeable : 10,50 $ Pour les médicaments non-interchangeable : 10,50 $ Pour les préparations magistrales (composées) : 15,75 $ Les médecins qui délivrent des médicaments reçoivent un remboursement équivalant à 80 % des frais établis. Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments non interchangeables s'appliquent aussi aux solutions orales composées de méthadone et à la solution orale Métadol[MD]. Depuis le 1er juin 2013, les frais d'exécution d'ordonnance pour la méthadone utilisée dans le traitement de la dépendance aux opiacés sont de 9,50 $ et de méthadone pour la douleur chronique sont de 10,50 $. Dans la cadre de l'incitatif pour les pharmacies en milieu rural du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), un montant additionnel de 2 $ sera versé aux pharmacies admissibles pour les frais d'exécution de chacune des 10 000 premières ordonnances du PMONB exécutées par exercice aux pharmacies d'une collectivité qui sont à au moins 25 kilomètres l'une de l'autre.	Du 1er avril 2013 au 30 juin 2014 : • Articles de stomie : 11,05 $ • Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) : 16,58 $ • Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures, incluant la méthadone : 11,05 $	• Depuis le 1er avril 2013 : – Les frais d'exécution d'ordonnance correspondent au tarif habituel, jusqu'à concurrence de 12 $. – Les frais liés aux produits composés correspondent au tarif habituel multiplié par 1,5, jusqu'à concurrence de 18 $. – Les honoraires fixés par tête sont maintenant de 73,55 $ aux termes du Private Nursing Home Program.	**Honoraires** Les honoraires du Foundation Plan, de l'Access Plan et de l'Assurance Plan sont maintenant les suivants : • 11,05 $ — pour les médicaments de 0 $ à 49,99 $ • 22,55 $ — pour les médicaments de 50 $ à 249,99 $ • 49,55 $ — pour les médicaments de 250 $ et plus pour la période entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014 Les honoraires pour le 65Plus Plan sont maintenant les suivants : • 11,05 $ — pour les médicaments de 0 $ à 249,99 $ • 39,53 $ — pour les médicaments de 250 $ et plus; depuis le 1er avril 2013 **Frais des préparations magistrales :** 1,5 fois les honoraires des produits non composés. Cela s'applique aux produits composés qui contiennent trois ingrédients ou plus. De plus, 10 cents par sachet-dose seront versés lorsqu'ils sont composés par le pharmacien.	Les honoraires maximums sont de 8,75 $.	Les honoraires sont négociés entre les SSNA et les associations des pharmaciens et diffèrent donc selon la province ou le territoire. Les frais d'exécution d'ordonnance pour la méthadone seront versés par dose, selon la formule suivante : (tarif habituel) × 1,5)／7 jours + 3,80 $) par dose.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Honoraires — services cliniques	Programme PharmaConsulte du Nouveau-Brunswick : 52,50 $ Limite d'un examen des médicaments par an par bénéficiaire du Plan A (Personnes âgées) du PMONB.	Depuis le 1er septembre 2011 : Le programme Pharmacare rembourse les frais de service particuliers, jusqu'aux maximums suivants : • Examen des médicaments avancé : 150 $ • Examen des médicaments de base : 52,50 $ • Adaptation des ordonnances : 14 $ • Substitution thérapeutique : 26,25 $	**Medication Review Services** Depuis le 1er avril 2013 L'examen des médicaments est remboursé pour les clients qui y sont admissibles en vertu de l'un des programmes suivants : Seniors, Social Assistance, Private Nursing Homes ou Diabetes. Tout client admissible a droit à un Examen de base des médicaments (EBM) ou à un Examen des médicaments contre le diabète (EMD) tous les 365 jours ainsi qu'à un maximum de quatre examens de suivi (SEBM et SEMD). Tout client admissible ayant passé un EMD a droit à une combinaison de SEBM et de SEMD, jusqu'à concurrence de quatre examens de suivi sur une période de 365 jours. EBM : 52,50 $; SEBM : 20 $ EMD : 65 $; SEMD : 25 $	**Services cognitifs** • Refus d'exécution : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux qui équivalent à deux fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,05 $. • Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 11,05 $ (le montant des frais d'exécution d'ordonnance de base). • Examen des médicaments : La nouvelle entente permet de payer pour l'examen des médicaments en tant que service cognitif. Les pharmacies peuvent facturer 52,50 $ (48 fois par année).		**Frais de services particuliers** Refus de remplir une ordonnance : es pharmacies peuvent facturer des frais maximaux correspondant à leur tarif habituel. Frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments à l'essai : En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, le Programme des SSNA pourra couvrir les frais d'exécution associés à la délivrance d'une petite quantité initiale d'un « médicament à l'essai » (approvisionnement de sept jours) visé par le *Trial Prescription Program*.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Marge	Depuis le 1er juin 2013 : jusqu'à 8 % de marge sur les médicaments interchangeables.	Du 1er avril 2013 au 30 juin 2014 : • Articles de stomie — CAR plus 10,0 % (maximum de 50 $) plus des frais de transition de 1,05 $. • Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) : CAR plus 2,0 % (maximum de 50 $) plus des frais de transition de 1,05 $. • Toutes les autres ordonnances pour médicaments ou fournitures : — PCF plus 10,5 % (maximum de 250 $) y compris la méthadone, ou PRM ou PRP plus 6,0 % (maximum de 250 $) plus des frais de transition de 1,05 $.	• Les frais supplémentaires relatifs au Family Health Benefit Program, au Nursing Home Program et au Seniors' Drug Cost Assistance Program, pour les médicaments dont le coût défini des ingrédients est de 45 $ et plus sont de 9,5 % jusqu'à concurrence de 60 $. • Médicaments à prix onéreux : 7,5 %; maximum de 150 $	*Aucuns frais supplémentaires* ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du NLPDP (c.-à-d. qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au NLPDP ni à un client).	• Les pharmacies ont droit à une marge de 30 %. • De plus, si le coût d'achat réel inclut un supplément de grossiste, ce dernier peut être comptabilisé jusqu'à un plafond de 14 %.	Les marges, si applicables, sont négociées dans le cadre d'ententes entre les SSNA et les associations de pharmaciens dans les provinces et les territoires.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Coordination des prestations (secteurs public et privé)	s.o.	**Family Pharmacare Program** Le régime est le payeur de dernier recours. Le Family Pharmacare peut couvrir tous les frais du client après que ce dernier ait eu recours aux régimes privés. **Seniors' Pharmacare Program** Lorsqu'une personne âgée assume des copaiements d'assurance privée supérieurs au montant de la prime annuelle maximale et à celui du copaiement annuel maximal qu'elle verserait si elle participait au Seniors' Pharmacare, elle peut faire une demande pour obtenir le remboursement de la différence.	s.o.		Pour tous les régimes du gouvernement du Yukon, les résidents doivent d'abord accéder aux régimes privés.	Lorsque le bénéficiaire est couvert par un autre régime privé d'assurance-maladie, les réclamations doivent être soumises tout d'abord à ce dernier.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Coordination des prestations (au sein des secteurs de compétence)	s.o.	**Family Pharmacare Program** Le régime est le payeur de dernier recours. Le Family Pharmacare peut couvrir tous les frais du client après que ce dernier ait eu recours aux régimes privés.	s.o.	• Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant d'avoir recours aux régimes d'assurance-médicaments provinciaux.	• Les résidents doivent d'abord accéder aux autres régimes d'assurance-médicaments. • Coordination entre les régimes du gouvernement du Yukon : les enfants admissibles au Programme d'aide aux malades chroniques utiliseront ce régime avant le Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants.	Lorsqu'un bénéficiaire doit d'abord soumettre sa réclamation au régime d'assurance-maladie qui le couvre, le cas échéant.
Restrictions quant à la couverture	Les médicaments ne figurant pas sur la liste des avantages réguliers peuvent être admissibles à un remboursement selon le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale. Médicaments admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale : • Les médicaments figurant sur la liste des avantages nécessitant une autorisation spéciale doivent répondre à des critères précis pour être approuvés.	Les **médicaments au statut d'exception** sont admissibles uniquement pour la couverture prévue par les programmes Pharmacare lorsqu'une personne répond aux critères établis par les comités consultatifs d'experts de la région de l'Atlantique ou du Canada. Pour faire une réclamation, le médecin doit envoyer par télécopieur ou courrier un formulaire de demande standard ou une lettre au bureau de Pharmacare, sinon il peut communiquer avec le bureau de Pharmacare et parler directement à un	• Les prescripteurs peuvent faire demander une autorisation spéciale en envoyant un formulaire d'autorisation spéciale dûment rempli par courrier ou télécopieur. • Le traitement des demandes d'autorisation spéciale prend d'une à deux semaines. • Une fois la demande approuvée, le patient, le prescripteur et le pharmacien recevront un avis d'approbation de la demande. • Si la demande est refusée, le patient et le prescripteur recevront	Un formulaire de demande d'autorisation spéciale a été préparé à la demande des pharmaciens et des médecins afin de faciliter le processus d'approbation. Bien que le personnel de la division essaie de traiter les demandes verbales dans la mesure du possible, les demandes sont évaluées dans l'ordre de réception (par télécopieur, par courrier ou verbalement) et font l'objet d'un examen pour évaluer le sommaire des réclamations de médicaments du patient. L'utilisation du formulaire permet d'accélérer le processus d'approbation. Elle n'est cependant pas obligatoire.	Processus de demande : • Seuls les médecins du Yukon peuvent demander un statut de médicaments exceptionnels. • Les demandes doivent être soumises par écrit. Le pharmacien peut demander un délai d'approbation de 30 jours en cas de prescription d'un médicament exceptionnel. Le pharmacien doit téléphoner au bureau du régime d'assurance-médicaments concerné pour l'aviser	Il existe quatre types de médicaments à usage restreint : • médicaments à usage restreint pour lesquels les demandes peuvent être approuvées automatiquement en fonction de l'historique du dossier pharmacologique du patient; • médicaments à usage restreint qui nécessitent une autorisation préalable (au moyen du formulaire de demande d'usage restreint);

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Restrictions quant à la couverture (suite)	• Dans des circonstances exceptionnelles, des demandes pour des médicaments sans critère précis peuvent être étudiées au cas par cas et évaluées selon les preuves médicales publiées. Médicaments non admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale : • Les nouveaux médicaments n'ayant pas encore été évalués par le comité consultatif d'experts-conseils. • Médicaments exclus des avantages réguliers à la suite de l'étude et des recommandations du comité consultatif d'experts-conseils. • Médicaments qui n'ont pas été autorisés au Canada ou qui ne sont pas offerts sur le marché canadien (p. ex. les médicaments obtenus par l'entremise du Programme d'accès spécial de Santé Canada) • Produits spécifiquement exclus des avantages et identifiés sur la liste d'exclusion (Formulaire PMONB) Les demandes d'autorisation spéciale doivent être soumises par écrit par un prescripteur à l'Unité d'autorisation spéciale du PMONB.	pharmacien clinicien. Les demandes seront généralement traitées dans un délai de sept jours. Si la demande est approuvée, le client recevra une lettre. Les clients peuvent apporter cette lettre au pharmacien pour confirmer que la demande a été bel et bien approuvée, ou le pharmacien peut simplement facturer la demande en ligne aux fins de réponse immédiate pour une liste restreinte de produits. Le médecin est avisé lorsque la demande est approuvée ou refusée en raison de la non-satisfaction des critères ou du manque de renseignements. Certains médicaments au statut d'exception peuvent être facturés en ligne sans approbation préalable si des codes de critères sont fournis pendant le processus de facturation. Dans le cas de la plupart des médicaments qui peuvent être facturés à l'aide de codes de critères, les codes de critères sont fournis directement par un médecin prescripteur autorisé. En fournissant un code, le prescripteur vérifie s'il prescrit le médicament pour une indication approuvée aux termes des programmes Pharmacare. Le prescripteur	une lettre de notification expliquant le motif du rejet de la demande. Dans ce cas, il incombe au patient de payer le médicament. • Si la demande est approuvée, les patients peuvent bénéficier d'un remboursement des médicaments sur l'ordonnance reçue durant la période d'évaluation, et ce, une fois que tous les renseignements demandés ont été reçus.		que le patient est actif. Le médicament exceptionnel sera couvert pendant 30 jours, à condition que le médicament figure sur la liste. Si le médicament nécessite la recommandation d'un spécialiste, le patient ne bénéficiera d'un remboursement que si le spécialiste a fourni l'information nécessaire.	• les médicaments au statut d'exception qui nécessitent une autorisation préalable (remplir le formulaire Benefit Exception Questionnaire); • les produits d'usage restreint pour lesquels on a établi des limites quant aux quantités fournies ou à la fréquence d'utilisation. Dès la réception d'une ordonnance pour un « médicament à usage limité » ou pour un médicament ne figurant pas sur la *Liste des médicaments* du Programme des SSNA, le pharmacien devra suivre les procédés établis pour l'autorisation préalable en appelant le Centre des exceptions pour médicaments des SSNA de Santé Canada. Les renseignements sur le prescripteur et sur le bénéficiaire seront requis par un analyste des services. Un formulaire des « exceptions » ou des « médicaments à usage limité », généré par le système informatique, sera immédiatement envoyé au prescripteur par

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Restrictions quant à la couverture (suite)		peut inscrire des renseignements liés au diagnostic sur l'ordonnance (plutôt que le code réel), mais il doit préciser clairement au pharmacien le code qui devrait être utilisé.				télécopieur, si possible. Le prescripteur doit remplir et faire parvenir aux SSNA le formulaire dûment rempli en utilisant le numéro de télécopieur sans frais indiqué sur le formulaire. Les renseignements seront examinés par le Centre d'exception des médicaments et l'on fera parvenir par télécopie au pharmacien une réponse à sa demande d'autorisation. Si la demande est acceptée, le pharmacien doit garder la confirmation reçue par télécopie dans ses dossiers aux fins de facturation.
Politique de remboursement	• Si le bénéficiaire règle la facture de sa poche, il peut soumettre la réclamation d'assurance, à condition qu'il s'agisse d'un produit admissible, prescrit par un dispensateur de soins de santé autorisé et acheté dans une pharmacie au Nouveau-Brunswick.	• Si un bénéficiaire a payé en espèces à la pharmacie, il aura jusqu'à six mois à partir de la date d'achat pour envoyer les reçus originaux à Pharmacare pour se faire rembourser. Les ordonnances rédigées dans une pharmacie à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse, mais à l'intérieur du Canada, seront remboursées dans les cas d'urgence médicale seulement. Il n'y a pas de remboursement, qu'il s'agisse d'une	• Si le bénéficiaire a payé en espèces à la pharmacie, il aura jusqu'à six mois pour envoyer les reçus aux fins de remboursement.	• **Foundation Plan** Le remboursement peut être considéré dans des circonstances exceptionnelles. Les demandes de remboursement de l'extérieur de la province ne seront prises en compte que si le patient a été orienté dans une autre province pour des raisons médicales. Approbation obligatoire avant de quitter la province. • **Access Plan** Le régime s'applique uniquement aux prestations obtenues dans la province de	• Les bénéficiaires qui règlent de leur poche peuvent envoyer les reçus s'ils sont admissibles en vertu du programme. Les reçus seront évalués contre les prix courants sur la liste. Les médicaments d'exception doivent être approuvés et les reçus peuvent être antidatés. • Les demandes de remboursement de	Les demandes de couverture rétroactive doivent parvenir à la DGSPNI dans l'année suivant la date du service ou de l'achat. Le bureau régional évalue la pertinence des réclamations et agit en conséquence. La grande majorité des réclamations sont réglées directement en ligne grâce à des transactions électroniques. ESI Canada administre le Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Politique de remboursement		urgence ou d'une autre situation, pour les ordonnances rédigées à l'extérieur du Canada.		Terre-Neuve-et-Labrador. • **65Plus Plan** Médicaments achetés dans la province seulement. • **Select Needs Plan** Le programme s'applique uniquement aux prestations obtenues de la Health Sciences Centre Pharmacy de l'Autorité sanitaire régionale Eastern. Les demandes de remboursement de l'extérieur de la province ne seront prises en compte que si le patient a été orienté dans une autre province pour des raisons médicales. Approbation obligatoire avant de quitter la province.	plus d'un an ne seront pas effectuées. • Pas de paiement pour un reçu envoyé d'une adresse à l'extérieur du Yukon.	pour services de santé (STRDPSS) pour les médicaments couverts dans le cadre du Programme des SSNA.
Divers	**Quantité des prescriptions** • Approvisionnement de 100 jours. • Approvisionnement de 35 jours pour les narcotiques ou les drogues contrôlés et les benzodiazépines. Limites quantitatives établies pour plusieurs produits énumérés en tant que prestations dans le PMONB.	**Quantité des prescriptions** Approvisionnement jusqu'à concurrence de 100 jours si les médicaments sont prescrits. Les bénéficiaires du Seniors' Pharmacare Program qui partent en voyage à l'extérieur de la province pour une durée de plus de 100 jours pourront obtenir deux ordonnances pour le même médicament avant de quitter la Nouvelle-Écosse. Aucune ordonnance ne devra dépasser un approvisionnement de 90 jours (approvisionnement de 180 jours au maximum pour les deux ordonnances).	**Approvisionnement quotidien maximal permis** • Nursing Home Program : 35 jours • Institutional Pharmacy Program : 35 jours • AIDS/HIV Program : 60 jours • Children-In-Care Program : 30 jours — médicaments réguliers; 90 jours — médicaments d'entretien (Remarque : Les ordonnances introduisant un médicament, le degré, le dosage ou la forme posologique ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des	**Quantité des prescriptions** • Approvisionnement de 90 jours • Approvisionnement de 30 jours pour les narcotiques • Bandes réactives : Les bénéficiaires qui ne prennent pas d'insuline ou d'agent hypoglycémique par voie orale, mais qui sont suivis par une infirmière spécialisée dans l'éducation sur le diabète, un diététiste, une infirmière praticienne ou un médecin de famille (et qui ont une lettre pour le prouver), peuvent faire une demande d'autorisation spéciale. Si l'autorisation spéciale est accordée, elle peut être saisie dans le système. La limite sera de	**Quantité des prescriptions** • Les régimes d'assurance-médicaments respectifs paieront jusqu'à un maximum de trois mois d'approvisionnement. Un intervalle de 75 jours doit séparer les périodes d'approvisionnement de trois mois. • Les médecins exerceront leur jugement professionnel pour déterminer le cours et la durée du traitement de leurs patients.	**Quantité des prescriptions** Normalement, toute la quantité d'un médicament prescrit doit être dispensée. Lorsque la condition d'un patient a été stabilisée avec un médicament et que le prescripteur croit qu'il est peu probable que la posologie devra être ajustée au cours de la période couverte par l'ordonnance, on devrait considérer la possibilité de fournir au patient la quantité nécessaire de médicaments équivalente à un maximum de 100 jours de traitement. S'il croit que c'est dans

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Divers (suite)		Le copaiement habituel et les honoraires s'appliquent à chacune des ordonnances. Il y a un approvisionnement minimum de 28 jours pour les médicaments d'entretien.	deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements.) • Cystic Fibrosis Program : 60 jours • Diabetes Control Program : 30 jours — insuline, 100 bandes réactives pour glycémie; 90 jours — médicaments pris par voie orale; 30 jours — médicaments nécessitant une autorisation spéciale. (Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, le dosage ou la forme posologique ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements.) • Family Health Benefit Program : 30 jours — médicaments réguliers; 90 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'autorisation spéciale. (Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, le dosage ou la forme posologique ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières	2 500 bandes réactives par période de 365 jours.		l'intérêt de son patient, le médecin peut continuer à prescrire une quantité moindre avec des renouvellements à intervalles fixes. **Politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme** En ce qui concerne les renouvellements d'ordonnance de médicaments nécessitant une exécution à court terme pendant une période de moins de 28 jours attribuable à un problème d'observance, le programme remboursera au total une seule exécution par 28 jours, à l'exception de : • renouvellements pour le traitement intermittent d'un problème de santé chronique (p. ex. changements de dosage); • renouvellements de médicaments prescrits au besoin (PRN); • renouvellements de méthadone; • autres identifiés par le Programme des SSNA.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Divers (suite)			ordonnances ou des deux premiers renouvellements.) • Financial Assistance Program : 30 jours — médicaments réguliers; 90 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'autorisation spéciale. (Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, le dosage ou la forme posologique ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements.) • Growth Hormone Program : 30 jours • Hepatitis Program : 30 jours • Intron A Program : 30 jours • Multiple Sclerosis Drug Program : 30 jours • Phenylketonuria Program : 60 jours • Rheumatic Fever Program : 60 jours • Seniors' Drug Cost Assistance Plan : 30 jours — médicaments réguliers; 90 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'autorisation spéciale. (Remarque : Les			

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	Santé Canada — DGSPNI
Divers (suite)			ordonnances concernant un médicament, le degré, le dosage ou la forme posologique ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements.) • Smoke Program : 7 jours — médicaments en vente libre; 14 jours — médicaments sur ordonnance • Transplant and Tuberculosis Drug Program : 60 jours			
Sources	Pour en savoir davantage : Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick	Pour en savoir davantage : Nova Scotia Pharmacare Drug Programs and Funding	Pour en savoir davantage : Prince Edward Island Drug Programs	Pour en savoir davantage : Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program	Pour en savoir davantage : ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon	Pour en savoir davantage : Services de santé non assurés

Haut de la page

Aperçu des politiques des prix des médicaments génériques

Voici un aperçu des politiques actuelles des prix des médicaments génériques, ainsi que des changements à venir connus en date du 1er juin 2013. Pour des renseignements sur la mise en œuvre ou sur un médicament en particulier, communiquer directement avec le programme d'assurance-médicament.

Depuis le 1er avril 2013, l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, ont établi le prix des six médicaments génériques suivants à 18 % du prix du médicament de marque équivalent, c'est-à-dire : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole et rabéprazole.

Province/territoire	Date d'entrée en vigueur (si connue)	Pourcentage de la marque	Statut générique	Secteur
Colombie-Britannique	Avril 2013	25	Tous les médicaments génériques sous forme solide administrés par voie orale	S'applique au secteur public
		35	Tous les autres médicaments génériques	
Alberta	Juillet 2012	35	Tous les médicaments génériques	S'applique aux régimes publics et privés
	Mai 2013	18		
Saskatchewan		35	Tous les médicaments génériques figurant dans le formulaire de la Saskatchewan	S'applique aux secteurs public et privé
Manitoba		Pas de politique des prix sur les médicaments génériques en place		—
Ontario	Juillet 2010 (secteur public)/ avril 2012 (secteur privé)	25	Tous les médicaments génériques	S'applique aux secteurs public et privé
Nouveau-Brunswick	Juin 2012	40	Tous les médicaments interchangeables (typiquement génériques)	S'applique aux secteurs public et privé
	Décembre 2012	35		
	Juin 2013	25	Tous les médicaments génériques interchangeables sous forme solide administrés par voie orale	S'applique aux secteurs public et privé
		35	Tous les médicaments génériques interchangeables sous forme non solide	S'applique aux secteurs public et privé
Nouvelle-Écosse	Juillet 2012	35	Tous les médicaments génériques interchangeables	—
Île du-Prince-Édouard	Juillet 2012	35	Tous les médicaments génériques	S'applique aux secteurs public et privé
Terre-Neuve-et-Labrador	Avril 2012	45	Tous les médicaments génériques	S'applique aux secteurs public et privé
	Octobre 2012	40	—	
	Avril 2013	35	—	
Yukon	—	Pas de politique des prix sur les médicaments génériques en place. Toutefois, les pharmacies commandent des grossistes des pharmacies de l'Alberta et de la Colombie-Britannique et sont donc assujetties aux prix en vigueur dans ces provinces.		—

Glossaire

Veuillez prendre note que certains termes du présent glossaire peuvent avoir d'autres définitions. Les définitions présentées ici ont pour but d'expliquer comment ces termes sont utilisés dans le contexte du présent rapport et ne constituent pas nécessairement l'unique définition des termes.

Terme	Définition
composantes des coûts d'ordonnance	Catégories de coûts dont la somme constitue le coût total de l'émission d'une ordonnance à un patient. Ces catégories comprennent habituellement le coût du médicament (ou des ingrédients), une marge sur le coût du médicament ou des ingrédients et les frais professionnels.
coordination des prestations	Processus qui permet de coordonner les paiements de deux régimes d'assurance-médicaments ou plus (public, privé ou entre provinces et territoires). Un régime est considéré comme l'assureur d'origine. L'assureur d'origine est défini dans les politiques du régime ou du programme d'assurance-médicaments. La partie des coûts de médicaments non couverte par l'assureur d'origine peut être remboursée par l'assureur secondaire.
copaiement et coassurance	Portion des coûts d'un médicament que le bénéficiaire doit assumer chaque fois qu'un médicament lui est délivré. Il s'agit d'un montant fixe ou d'un pourcentage du coût total. Lorsque ce montant est calculé en pourcentage du coût total, il s'agit également d'une coassurance.
cotisation	Montant qu'un bénéficiaire doit payer pour s'inscrire à un régime ou à un programme provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments.
cotisation maximale d'un bénéficiaire	Montant maximum des dépenses en médicaments qu'un bénéficiaire doit payer pour une période donnée. Lorsque la contribution maximale est atteinte, le régime d'assurance-médicaments assumera 100 % des coûts de médicaments admissibles pour le reste de l'année ou de la période.
frais professionnels	Montant à payer pour les services d'un dispensateur, tel qu'un pharmacien. Il peut également s'agir des frais d'exécution d'ordonnance, des frais liés aux produits composés ou d'autres frais de service particuliers.
franchise	Montant des dépenses totales en médicaments qu'un bénéficiaire doit débourser dans une période donnée avant qu'une partie de ses dépenses en médicaments ne soit couverte par le programme ou le régime d'assurance-médicaments. La franchise peut être un montant fixe ou un pourcentage du revenu (franchise fondée sur le revenu).
groupe bénéficiaire	Bénéficiaires dans le cadre d'un régime ou d'un programme provincial, territorial ou fédéral précis.
groupe d'âge	Critères d'admissibilité à un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments en fonction de l'âge des bénéficiaires.
groupe de revenus	Critères d'admissibilité à un programme provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments en particulier en fonction du revenu familial ou individuel.
maladies	Critères d'admissibilité à un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments en fonction de la nature de la maladie des bénéficiaires.
marge	Montant ajouté au prix coûtant d'un médicament ou d'un ingrédient, généralement établi en fonction d'un pourcentage de ce prix.
politique de remboursement	Ensemble de conditions concernant le remboursement d'un bénéficiaire pour les coûts engagés d'un médicament d'ordonnance en vertu d'un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments.
politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients	Ensemble de conditions liées au remboursement d'une partie du coût des ingrédients d'une ordonnance en vertu d'un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments.
régime/programme	Programme provincial, territorial ou fédéral qui fournit une couverture pour les médicaments à un groupe de population. Les programmes ont des règles définies concernant l'admissibilité, le paiement, etc.
restrictions quant à la couverture	Étapes que doivent suivre les prescripteurs pour demander la couverture des produits médicamenteux lorsque l'approbation de la couverture nécessite une autorisation préalable du régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments.
secteur	Fait référence à la source de financement pour les dépenses de médicaments; « secteur public » signifie les médicaments couverts par des programmes gouvernementaux, tandis que « secteur privé » signifie la couverture des régimes d'assurance-médicaments privés (c.-à-d. les assurances et les paiements de la poche du client ou en espèces).
SRG	Supplément de revenu garanti du fédéral.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-203-6 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes, 1er juillet 2013*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System Database—Plan Information Document, July 1, 2013*.
ISBN 978-1-77109-202-9 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information