



Base de données sur le Système national d'information
sur l'utilisation des médicaments prescrits — document
d'information sur les régimes, 1^{er} janvier 2011

Types de soins



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

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Introduction

Le présent document fournit de l'information contextuelle sur les régimes publics d'assurance-médicaments à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale 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

- [Admissibilité](#)
- [Participation aux coûts](#)
- [Information relative aux politiques](#)

Information sur le régime par catégorie et par province ou territoire

- Admissibilité

[Colombie-Britannique](#)
[Manitoba](#)
[Nouvelle-Écosse](#)
[Yukon](#)

[Alberta](#)
[Ontario](#)
[Île-du-Prince-Édouard](#)
[Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits](#)

[Saskatchewan](#)
[Nouveau-Brunswick](#)
[Terre-Neuve-et-Labrador](#)

- Participation aux coûts

[Colombie-Britannique](#)
[Manitoba](#)
[Nouvelle-Écosse](#)
[Yukon](#)

[Alberta](#)
[Ontario](#)
[Île-du-Prince-Édouard](#)
[Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits](#)

[Saskatchewan](#)
[Nouveau-Brunswick](#)
[Terre-Neuve-et-Labrador](#)

- **Information relative aux politiques**

[Colombie-Britannique](#)

[Manitoba](#)

[Nouvelle-Écosse](#)

[Yukon](#)

[Alberta](#)

[Ontario](#)

[Île-du-Prince-Édouard](#)

[Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits](#)

[Saskatchewan](#)

[Nouveau-Brunswick](#)

[Terre-Neuve-et-Labrador](#)

Glossaire

Résumé des changements majeurs

Colombie-Britannique

Depuis le 15 octobre 2010 :

- Introduction d'une politique liée au paiement en totalité (pas de quote-part). Si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare, une pharmacie 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 établi par PharmaCare. Cela 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 accordé par Fair PharmaCare.
- Les frais d'exécution d'ordonnance qui sont couverts par PharmaCare sont passés de 8,60 \$ à 9,60 \$.
- Les honoraires de capitation sont passés à 43,75 \$ pour les services de pharmacie dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes.
- Le montant maximal remboursable en vertu du programme PharmaCare pour les médicaments de marque et les médicaments génériques couverts par PharmaCare correspond au prix courant du fabricant, plus 8 %.

Saskatchewan

Depuis le 1^{er} août 2010 : Les frais d'exécution d'ordonnance sont passés de 9,15 \$ à 9,43 \$.

Terre-Neuve-et-Labrador

Depuis le 1^{er} août 2010 : Le groupe de revenu pour l'Access Plan est passé de 30 000 \$ à 42 870 \$ ou moins pour les familles avec enfants (de 18 ans ou moins), y compris les familles monoparentales, de 21 000 \$ à 30 009 \$ ou moins pour les couples sans enfants et de 19 000 \$ à 27 151 \$ ou moins pour les personnes seules.

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

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Régime/ programme	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare — tous les résidents de la C.-B. couverts par le Medical Service Plan de la C.-B. • Régime B — résidents des établissements agréés de soins en hébergement • Régime C — bénéficiaires d'une aide sociale de la Colombie-Britannique • Régime D — patients atteints de fibrose kystique • Régime F — programme de services à domicile pour les enfants atteints d'handicaps graves • Régime G — personnes atteintes de troubles mentaux • Régime P — soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées • Personnes veuves • Résidents en soins palliatifs • Régime non collectif • Rare Diseases Drug Program 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme universel 	<ul style="list-style-type: none"> • FS03 — Programme d'aide à l'emploi et au revenu • NH02 — Foyers de soins personnels/ centres d'accueil • PA04 — Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs • PC01 — Assurance-médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • PMO — Programme de médicaments de l'Ontario • Programme de médicaments Trillium • Programme de médicaments spéciaux • Programme de financement des nouveaux médicaments contre le cancer
Groupe bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires qui résident en Colombie-Britannique depuis au moins trois mois 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 admissibles à la Pension de l'Alberta aux personnes veuves et personnes à charge admissibles • Soins palliatifs Résidents en soins palliatifs traités à domicile • Régime non collectif Résidents albertains 	<ul style="list-style-type: none"> • Familles et personnes approuvées après avoir fait une demande au Programme de soutien spécial du régime d'assurance-médicaments (en fonction du revenu) • Programme d'assurance-maladie complémentaire <ul style="list-style-type: none"> – Personnes admises à la couverture par les Services sociaux de la Saskatchewan • Bénéficiaires du Supplément de revenu garanti <ul style="list-style-type: none"> – Programme du gouvernement du Canada pour les personnes âgées à faible revenu • Bénéficiaires du Saskatchewan Income Plan 	<ul style="list-style-type: none"> • FS03 Manitobains qui reçoivent une assurance-médicaments conformément au Programme d'aide à l'emploi et au revenu • NH02 Manitobains résidant dans un foyer de soins personnels • PA04 Résidents en phase terminale qui veulent demeurer chez eux • PC01 Tous les résidents de la province qui ont droit à des prestations conformément à la <i>Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) Assurance-médicaments pour les Ontariens âgés de 65 ans et plus, les résidents 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

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
		<p>âgés de moins de 65 ans et personnes à charge admissibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme provincial qui permet de verser un supplément mensuel aux personnes âgées à faible revenu • Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées (en fonction du revenu) <ul style="list-style-type: none"> - Toute personne âgée de 65 ans et plus qui a fait une demande et qui s'est qualifié en fonction de son revenu • Familles et personnes admissibles aux Programme d'allocations familiales pour soins de santé (admissibilité établie par les services sociaux de la Saskatchewan, en fonction du nombre d'enfants et du revenu annuel familial) • Bénéficiaires du Programme d'aide à l'autonomie de la Saskatchewan atteints de paraplégie, de fibrose kystique et de maladies rénales chroniques • Personnes admissibles à la couverture en vertu du Programme d'assurance-médicaments pour les soins palliatifs (résidants au stade terminal de la maladie) • Pupilles de l'État • Détenus dans des institutions correctionnelles provinciales • Familles qui ont droit à l'aide d'urgence (résidants qui nécessitent un traitement immédiat à l'aide de médicaments prescrits couverts et qui ne peuvent assumer leur part des coûts; comme cette prestation n'est accordée qu'une seule fois, les intéressés devraient demander par la suite une aide calculée en fonction du revenu) 	<p>Les personnes qui répondent aux exigences suivantes sont désignées comme étant admissibles aux indemnités en vertu de la Loi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • résidents aux termes de la <i>Loi sur l'assurance-maladie</i>, inscrits et admissibles aux indemnités en vertu de cette loi • 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. <p>Non admissibles : les personnes dont les services de santé sont couverts 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, les pénitenciers fédéraux ou les régimes d'assurance-médicaments privés ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale conformément aux alinéas 2(2)(a) et (b) de la <i>Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance</i></p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de médicaments spéciaux Assurance-médicaments pour les Ontariens titulaires d'une carte santé valide qui couvre les frais de certains médicaments onéreux pour les patients en consultations externes administrés pour traiter des maladies ou des affections précises • Programme de financement des nouveaux médicaments contre le cancer Assurance-médicaments pour les nouveaux médicaments intraveineux (IV), généralement administrés dans les hôpitaux et les établissements de traitement du cancer. Le ministère assure le financement d'environ 75 % des médicaments IV contre le cancer en Ontario et les hôpitaux fournissent les 25 % qui restent à même leurs budgets d'exploitation

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
			<ul style="list-style-type: none"> • Programme de pompe à insuline pour enfants <ul style="list-style-type: none"> – Les demandeurs doivent être âgés de 17 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 • Régime d'assurance-médicaments pour les enfants <ul style="list-style-type: none"> – Enfants âgés de 14 ans et moins <p>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</p> <p>Remarque : 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.</p>		

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Groupes de revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Régime C Résidents de la Colombie-Britannique bénéficiaires de l'assurance-maladie et d'une aide sociale du ministère de l'Hébergement et du Développement social • Régime G Les résidents à faible revenu 	s.o.	<ul style="list-style-type: none"> • Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées Le revenu annuel net du patient doit être inférieur à la limite du crédit fédéral en raison de l'âge 	s.o.	s.o.
Groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare Fair PharmaCare (Regular Assistance) <ul style="list-style-type: none"> – Résidents nés en 1940 ou après • Fair PharmaCare (Enhanced Assistance) <ul style="list-style-type: none"> – Résidents nés en 1939 ou avant • Régime F Moins de 19 ans (c.-à-d. 18 ans et moins) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées Résidents de l'Alberta âgés de 65 ans et plus, sinon l'épouse/l'époux ou la personne à charge admissible de la personne de 65 ans et plus • Personnes veuves âgées de 55 à 64 ans • Régime non collectif Moins de 65 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Régime d'assurance-médicaments pour les enfants Enfants âgés de 14 ans et moins • Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées 65 ans et plus 	s.o.	s.o.

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Maladies</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes atteintes de fibrose kystique (régime D) • Enfants avec un handicap grave — At-Home Program (régime F) • Clients admis dans des centres de santé mentale (régime G) et répondant aux critères cliniques et de revenu 	<p>Santé et Mieux-être Alberta offre une couverture supplémentaire pour les médicaments sur ordonnance :</p> <p>Le Specialized High-Cost Drugs fournit du financement à Alberta Health Services pour les médicaments onéreux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – immunosuppresseurs pour prévenir le rejet d'une greffe d'organe plein et de moelle osseuse; – médicaments contre le VIH; – Pulmozyme (pour la fibrose kystique); – hormone de croissance humaine (pour une déficience d'hormone de croissance chez l'enfant et l'insuffisance rénale chronique); – Flolan, Tracleer, Revatio et Remodulin (pour l'hypertension pulmonaire primitive); – Visudyne (pour la forme classique de dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge); – agents auxiliaires (Neupogen) pour une 	<p>s.o.</p>	<p>s.o.</p>	<p>Programme de médicaments spéciaux</p> <p>Le programme couvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • des médicaments précis pour le traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie; • des médicaments précis pour le traitement des personnes séropositives pour le VIH; • l'érythropoïétine (EPO) pour les personnes au stade terminal de l'insuffisance rénale; • la cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe d'organe plein ou de moelle épinière; • les hormones de croissance humaine pour les enfants qui souffrent d'un retard de croissance; • la clozapine pour le traitement de la schizophrénie; • l'algucerase pour les personnes atteintes de la maladie de Gaucher

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
		<p>greffe de moelle épinière;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Copaxone, Avonex, Rebif, Betaseron pour la sclérose en plaques chez l'enfant <p>Les maladies actuellement admissibles à la couverture comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • maladie de Gaucher; • maladie de Fabry; • mucopolysaccharidose de type 1 (maladie de Hurler) • syndrome de Hunter; • maladie de Pompe <p>L'Alberta Cancer Board peut fournir les médicaments contre le cancer qui sont médicalement nécessaires</p>			

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Autres critères d'admissibilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare — Il faut <ul style="list-style-type: none"> – être couvert par le Medical Services Plan (MSP) de la C.-B.; – avoir produit une déclaration de revenus pour l'année d'imposition pertinente • Pour bénéficier de l'aide financière dans le cadre du Fair PharmaCare Enhanced Assistance, il faut : <ul style="list-style-type: none"> – être né en 1939 ou avant; – 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 bénéficiaires du régime B sont inscrits et reçoivent des soins par l'intermédiaire de l'établissement de soins • Les bénéficiaires du régime C doivent s'inscrire au MSP, être couverts par l'assurance-maladie et recevoir une aide sociale du ministère de l'Hébergement et du Développement social • Régime D : Les personnes atteintes de fibrose kystique sont inscrites dans une clinique provinciale de fibrose kystique • Les bénéficiaires du régime F doivent 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées Pour s'inscrire, les personnes âgées doivent remplir une déclaration tenant lieu de preuve d'âge que leur envoi par la poste le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. L'inscription au Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (RAMA) est exigée. • Soins palliatifs <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<p>s.o.</p>	<p>s.o.</p>	<p>s.o.</p>

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<ul style="list-style-type: none"> - avoir moins de 19 ans (c.-à-d. 18 ans et 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 • Régime G <ul style="list-style-type: none"> - 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 • Régime P : Les bénéficiaires doivent satisfaire aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - les bénéficiaires doivent être inscrits au MSP, vivant à domicile; - les bénéficiaires doivent être diagnostiqués au stade terminal d'une maladie fatale; - les bénéficiaires doivent avoir une espérance de 				

Admissibilité	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	vie de six mois au maximum; – le médecin soumet une demande attestant que le patient répond aux critères énoncés ci-dessus				
Sources	Pour en savoir davantage : BC PharmaCare	Pour en savoir davantage : Santé et Mieux-être Alberta	Pour en savoir davantage : Direction de l'assurance-médicaments et de l'assurance-maladie complémentaire du ministère de la Santé de la Saskatchewan	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	DGSPNI
Régime/ programme	<ul style="list-style-type: none"> • A — Personnes âgées • B — Personnes atteintes de la fibrose kystique • E — Résidents adultes d'établissements résidentiels agréés • F — Clients du ministère du Développement social • G — Enfants ayant des besoins spéciaux et enfants pris en charge par le ministère du Développement social • H — Personnes atteintes de la sclérose en plaques • R — Greffe d'organes • T — Déficience d'hormone de croissance • U — Personnes atteintes du VIH/sida • V — Clients de foyers de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • A — Family Pharmacare • C — Drug Assistance for Cancer Patients • D — Nova Scotia Diabetes Assistance Program • F — Department of Community Services Programs • S — Seniors' Pharmacare Program 	<ul style="list-style-type: none"> • A — AIDS/HIV Program • B — Community Mental Health Program • C — Cystic Fibrosis Program • D — Diabetes Control Program • E — Erythropoietin Program • F — Family Health Benefit Program • G — Growth Hormone Program • H — Hepatitis Program • I — Immunization Program • J — Intron A (Interferon alfa-2b) Program • K — Meningitis Program • M — High-Cost Drug Program • N — Institutional Pharmacy/Nursing Home Program • O — Nutrition Services Program • P — Phenylketonuria (PKU) Program • R — Rabies Program • S — Seniors Drug Cost Assistance Plan • T — Transplant Program 	<ul style="list-style-type: none"> • Foundation Plan (anciennement l'Income Support Drug Program ou régime E) • Access Plan (anciennement le Low Income Drug Program ou régime L) • 65Plus Plan (anciennement le Senior Citizen's Drug Subsidy Program ou régime N) • Assurance Plan (régime H) • Select Needs Plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants • Programme d'aide aux malades chroniques • Programme d'assurance-médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • SSNA — Services de santé non assurés

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<ul style="list-style-type: none"> • U — Rheumatic Fever Program • V — Sexually Transmitted Diseases (STD) Program • W — Children-In-Care/ Financial Assistance Program • X — Tuberculosis (TB) Drug Program • Z — Quit Smoking Program 			
<p>Groupe bénéficiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A — Personnes âgées qui reçoivent le Supplément de revenu garanti (SRG) ou qui ont droit à des prestations en fonction de leur revenu : <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<ul style="list-style-type: none"> • A — 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 65-Long-Term Care Pharmacare Plan. • C — 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 	<ul style="list-style-type: none"> • A — Personnes chez qui on a posé un diagnostic positif du VIH/sida, ou souffrant d'une blessure par piqûre d'aiguille et inscrites au programme auprès de l'administrateur en chef de la santé publique • B — Patients psychiatriques de longue date vivant dans la collectivité et approuvés par le programme • C — Personnes admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme chez qui on a diagnostiqué la fibrose kystique • D — Personnes admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme chez qui on a diagnostiqué le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Foundation Plan fournit une couverture à 100 % 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 • L'Access Plan permet aux personnes et aux familles à faible revenu d'obtenir des médicaments sur ordonnance admissibles. Le montant de la couverture dépend du niveau de 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiens inscrits aux termes de la <i>Loi sur les Indiens</i>; ou • Inuits reconnus par l'une des organisations inuites de revendication territoriale; ou • un Innu membre de l'une des deux communautés innues du Labrador (Davis Inlet et Sheshatshiu); • Nourrisson de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible; et • est actuellement inscrit à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial ou qui est admissible à un tel régime; 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	DGSPNI
	<ul style="list-style-type: none"> • B — Personnes atteintes de fibrose kystique ou de sclérose infantile ou juvénile du pancréas • E — 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 • F — Personnes qui ont une carte d'assistance médicale valide pour les médicaments délivrée par le ministère du Développement social • G — Enfants ayant des besoins spéciaux et enfants pris en charge par le ministère du Développement social • H — Les personnes qui disposent d'une ordonnance signée par un neurologue prescrivant Avonex, Rebif, Betaseron ou Copaxone sont admissibles • R — Les personnes qui ont reçu une greffe d'organe ou de moelle osseuse inscrites et admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick 	<p>autre régime d'assurance-médicaments, sauf le Family Pharmacare Program</p> <ul style="list-style-type: none"> • D — Résidents permanents de la Nouvelle-Écosse âgés de moins de 65 ans atteints de diabète dont le numéro d'assurance-maladie est valide et qui 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 • F — Clients admissibles 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 • S — 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 	<ul style="list-style-type: none"> • E — Personnes admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme chez qui on a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique ou recevant des traitements de dialyse • F — 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 sur les groupes de revenus ci-dessous). Les familles doivent présenter une demande chaque année et fournir au programme des renseignements sur leur revenu. • G — Enfants 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 • H — Personnes chez qui on a diagnostiqué l'hépatite; personnes ayant 	<p>revenu familial net et du statut familial (voir la section Groupes de revenus).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le 65Plus Plan offre une couverture des médicaments sur ordonnance admissibles pour les résidents âgés de 65 ans et plus qui bénéficient de prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti (SRG) • L'Assurance Plan protège les personnes et les familles contre le fardeau financier lié aux coûts élevés de médicaments admissibles, qu'il s'agisse d'un médicament onéreux ou du coût global de nombreux médicaments • Le Select Needs Plan fournit une couverture à 100 % des médicaments et des fournitures pour les résidents atteints de fibrose kystique ou de déficience d'hormone de croissance 	<p>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.</p> <p>Pour tous les programmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces avantages ne sont pas couverts s'ils sont déjà disponibles dans le cadre d'un régime d'assurance-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	DGSPNI
	<ul style="list-style-type: none"> • T — Personnes qui ont une déficience d'hormones de croissance ou qui souffrent d'hypopituitarisme et qui sont inscrites et admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick • U — 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 • V — Personnes qui demeurent dans un foyer de soins agréé 	Program de la Nouvelle-Écosse ni de tout autre régime public ou privé qui couvre la plupart des médicaments et du matériel après l'âge de 65 ans	<p>été en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué l'hépatite ou présentant un risque d'infection; personnes présentant un risque d'infection dans le milieu de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • I — Enfants et personnes risquant d'être exposés à diverses maladies infectieuses • J — 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 • K — Personnes qui ont été en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué la méningite ou qui présentent des risques d'infection • M — Personnes admissibles au Régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et dont un médicament ou plus sont couverts en vertu du Régime. Les patients doivent présenter une demande chaque année 			

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>et fournir au programme des renseignements sur leur revenu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • N — Résidents d'établissements gouvernementaux ou de soins infirmiers privés, admissibles en vertu de la <i>Long-Term Care Subsidization Act</i> • O — Femmes dont la grossesse est à haut risque et ayant une déficience nutritionnelle • P — Personnes admissibles au Régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme chez qui on a diagnostiqué la phénylcétonurie • R — Personnes exposées ou risquant d'être exposées à la rage en raison d'une morsure d'animal • S — Personnes âgées de 65 ans et plus admissibles au Régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard • T — Personnes admissibles au Régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme qui ont subi une transplantation d'organe ou de moelle osseuse • U — Personnes admissibles au Régime 			

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme ayant des antécédents documentés de fièvre rhumatismale ou de rhumatisme cardiaque</p> <ul style="list-style-type: none"> • V — 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 sexuellement • W — Personnes admissibles en vertu de la <i>Social Assistance Act</i> et personnes dont la garde temporaire ou permanente a été confiée au directeur de la protection de l'enfance • X — Personnes dont le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'administrateur en chef de la santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être • Z — Personnes admissibles au Régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard et inscrites au programme 			

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI												
<p>Groupes de revenus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A — Personnes âgées n'ayant pas droit au Supplément de revenu garanti (SRG) : <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<ul style="list-style-type: none"> • A — Aucun critère d'admissibilité fondé sur le revenu • C — Résidents ayant un revenu familial brut qui ne dépasse pas 15 720 \$ • D — Aucun critère d'admissibilité fondé sur le revenu • F — Tel que déterminé par le Department of Community Services • S — Aucun critère d'admissibilité fondé sur le revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • F — Family Health Benefit Program : <table border="1" data-bbox="1147 334 1470 675"> <thead> <tr> <th data-bbox="1147 334 1295 399">Nombre d'enfants</th> <th data-bbox="1295 334 1470 399">Revenu familial annuel net</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1147 399 1295 440">1</td> <td data-bbox="1295 399 1470 440">< 24 800 \$</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1147 440 1295 480">2</td> <td data-bbox="1295 440 1470 480">< 27 800 \$</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1147 480 1295 521">3</td> <td data-bbox="1295 480 1470 521">< 30 800 \$</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1147 521 1295 561">4</td> <td data-bbox="1295 521 1470 561">< 33 800 \$</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1147 561 1295 675">Plus de 4</td> <td data-bbox="1295 561 1470 675">Supplément de 3 000 \$ par enfant additionnel</td> </tr> </tbody> </table> 	Nombre d'enfants	Revenu familial annuel net	1	< 24 800 \$	2	< 27 800 \$	3	< 30 800 \$	4	< 33 800 \$	Plus de 4	Supplément de 3 000 \$ par enfant additionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Access Plan : <ul style="list-style-type: none"> – familles avec enfants, y compris les chefs de famille monoparentale : 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 : <ul style="list-style-type: none"> – jusqu'à 39 999 \$ – de 40 000 \$ à 74 999 \$ – de 75 000 \$ à 149 999 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Des tableaux incluant 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. 	<p>s.o.</p>
Nombre d'enfants	Revenu familial annuel net																	
1	< 24 800 \$																	
2	< 27 800 \$																	
3	< 30 800 \$																	
4	< 33 800 \$																	
Plus de 4	Supplément de 3 000 \$ par enfant additionnel																	

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
Groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> A — Personnes âgées de 65 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> A — Aucun critère d'admissibilité fondé sur l'âge. Tous les adultes (18 ans ou plus) doivent s'inscrire comme étant leur propre famille. C — Personnes âgées de moins de 65 ans D — Personnes âgées de moins de 65 ans F — Personnes âgées de moins de 65 ans S — Personnes âgées de 65 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> G — Personnes âgées de moins de 18 ans S — Personnes âgées de 65 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> Le 65Plus Plan vise les personnes âgées de 65 ans et plus Le Select Needs Plan s'applique aux bénéficiaires âgés de 18 ans et moins ayant une déficience d'hormone de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants Personnes âgées de 0 à 18 ans Régime d'assurance-médicaments Personnes âgées de 65 ans et plus (et conjoints âgés de 60 ans et plus) 	s.o.
Maladies	<ul style="list-style-type: none"> B — Patients atteints de fibrose kystique ou ayant une sclérose infantile ou juvénile du pancréas H — Sclérose en plaques R — Transplantation d'organe T — Hormone de croissance humaine U — VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> C — Cancer D — Diabète 	<ul style="list-style-type: none"> A — VIH/sida B — Troubles mentaux C — Fibrose kystique D — Diabète G — Hormone de croissance H — Hépatite I — Immunisation J — Intron A (Interferon alfa-2b) K — Méningite M — Médicaments onéreux P — Phénylcétonurie R — Rage T — Transplantation U — Maladies rhumatismales V — Maladies transmissibles sexuellement X — Tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> Le Select Needs Plan — fibrose kystique et déficience d'hormone de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'aide aux malades chroniques 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 (les résidents doivent utiliser en premier lieu un régime privé d'assurance) 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire particulier pour les patients en traitement pour insuffisance rénale chronique et pour les soins palliatifs

Admissibilité	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
Autres critères d'admissibilité	s.o.	<ul style="list-style-type: none"> • A — Membres des familles 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) • D — 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'ARC 	s.o.		<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
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	<p>Régime non collectif, juillet 2010 Célibataire : 63,50 \$ par mois Famille : 118,00 \$ par mois</p> <p>Des tarifs subventionnés sont offerts aux personnes admissibles, en fonction de l'information qui figure sur leur déclaration de revenus de l'année précédente</p> <p>Les tarifs subventionnés sont : Célibataire : 44,45 \$ par mois Famille : 82,60 \$ par mois</p>	Aucune	Aucune	Aucune
Copaiement et coassurance	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare <ul style="list-style-type: none"> – Après le paiement de la franchise annuelle, les familles versent 30 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance prescrits pour le reste de l'année civile (ou jusqu'à l'obtention du maximum annuel — selon la première échéance à survenir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées 30 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$ • Personnes veuves 30 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$ • Soins palliatifs 30 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$; le maximum à vie qu'un patient peut avoir à déboursier est de 1 000 \$ • Régime non collectif 30 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de soutien spécial — Participation calculée selon le revenu (fondée sur le coût des médicaments afin d'aider à étaler le coût de façon égale sur l'année) • En ce qui concerne le Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées, jusqu'à 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le Formulaire de la Saskatchewan et ceux qui ont été approuvés dans la liste des médicaments d'exception. Pas 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. 	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario qui versent jusqu'à 2 \$ (copaiement) par ordonnance : <ul style="list-style-type: none"> – personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net est <i>inférieur</i> à 16 018 \$ – couples de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est <i>inférieur</i> à 24 175 \$ – patients qui reçoivent des prestations en vertu de la <i>Loi sur le programme Ontario au travail</i> ou de la <i>Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées</i>

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare Enhanced Assistance <ul style="list-style-type: none"> – Après le paiement de la franchise annuelle, les familles versent 25 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance prescrits pour le reste de l'année civile (ou jusqu'à l'obtention du maximum annuel — selon la première échéance à survenir) • « Paiement en totalité » (pas de quote-part) • Politique Depuis le 15 octobre 2010, si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare, une pharmacie 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. 		<ul style="list-style-type: none"> • 35 % pour les personnes âgées touchant le supplément en vertu du Saskatchewan Income Plan ou le Supplément de revenu garanti du fédéral (reçoivent automatiquement ce copaiement, une fois la franchise versée, mais peuvent aussi demander une couverture calculée selon leur revenu); 35 % pour le Programme d'allocations familiales pour soins de santé une fois la franchise versée; aucuns frais sur les ordonnances pour les enfants âgés de moins de 18 ans • Jusqu'à 2 \$ par ordonnance pour l'assurance-maladie complémentaire (personnes proposées par les Services sociaux de la Saskatchewan pour couverture spéciale, y compris les personnes bénéficiant d'aide sociale, les pupilles de l'État, les détenus, etc.; certains médicaments sont couverts gratuitement; les personnes âgées de moins de 18 ans et certaines autres catégories bénéficient d'ordonnances sans frais) • En ce qui concerne l'Emergency Assistance Program, le niveau de l'aide fournie est proportionnel à la capacité de paiement du consommateur • Pour le Régime d'assurance-médicaments pour les enfants, 		<ul style="list-style-type: none"> – 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 • Tous les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario paient la prime annuelle de 100 \$ (déductible au prorata fondé sur le nombre de mois) pour les prescriptions. Ensuite, ils paient jusqu'à 6,11 \$ (quote-part) sur les frais d'exécution de chaque ordonnance, si les bénéficiaires sont <ul style="list-style-type: none"> – des personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net se chiffre à <i>au moins</i> 16 018 \$ – un couple de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné se chiffre à <i>au moins</i> 24 175 \$ <p>L'année du calcul des prestations du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) débute le 1^{er} août et se termine le 31 juillet de l'année suivante</p>

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.																																																			
			jusqu'à 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le Formulaire de la Saskatchewan et ceux qui ont été approuvés dans la liste des médicaments d'exception		<ul style="list-style-type: none"> Copaiement de 2,83 \$ pour les ordonnances exécutées dans une pharmacie hospitalière pour patients externes 																																																			
Franchise	<ul style="list-style-type: none"> Fair PharmaCare <ul style="list-style-type: none"> Revenu familial net < 15 000 \$ Franchise = 0 \$ Revenu familial net De 15 000 \$ à 30 000 \$ Franchise = 2 % du revenu net Revenu familial net > 30 000 \$ Franchise = 3 % du revenu net Fair PharmaCare Enhanced Assistance <ul style="list-style-type: none"> Revenu familial net < 33 000 \$ Franchise = 0 \$ Revenu familial net De 33 000 \$ à 50 000 \$ Franchise = 1 % du revenu net Revenu familial net > 50 000 \$ Franchise = 2 % du revenu net <p><u>Pour une famille inscrite au Fair Pharmacare dont le revenu ne peut être vérifié</u> <u>OU</u></p>	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> Programme de soutien spécial — Participation calculée selon le revenu (seuil annuel fondé sur 3,4 % du revenu familial redressé) Franchise familiale semi-annuelle de 100 \$ pour les personnes âgées touchant le supplément du Saskatchewan Income Plan ou le Supplément de revenu garanti (SRG) du fédéral et résidant dans un foyer de soins spéciaux (reçoivent automatiquement de cette franchise, mais peuvent aussi demander une couverture fondée sur le revenu) Franchise familiale semi-annuelle de 200 \$ pour les personnes âgées touchant le SRG et vivant dans la collectivité (reçoivent automatiquement cette franchise, mais peuvent aussi demander une couverture fondée sur le revenu) Franchise familiale semi-annuelle de 100 \$ pour les prestations de santé familiale Pas de franchise pour les personnes couvertes par le Programme d'assurance-médicaments pour les soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> PC01 Calculée selon le revenu — Seuil annuel fondé sur le revenu familial redressé (le revenu familial redressé est le revenu annuel total inscrit à la ligne 150 de l'avis de cotisation, moins 3 000 \$ pour un conjoint et pour chaque personne à charge admissible, le cas échéant) <p>Pour l'exercice 2010-2011, voici les taux de franchise calculés en fonction du revenu familial redressé :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Seuil minimal</th> <th>Seuil maximal</th> <th>Franchise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>≤ 15 000 \$</td> <td>2,71 %</td> </tr> <tr> <td>> 15 000 \$</td> <td>≤ 21 000 \$</td> <td>3,84 %</td> </tr> <tr> <td>> 21 000 \$</td> <td>≤ 22 000 \$</td> <td>3,88 %</td> </tr> <tr> <td>> 22 000 \$</td> <td>≤ 23 000 \$</td> <td>3,94 %</td> </tr> <tr> <td>> 23 000 \$</td> <td>≤ 24 000 \$</td> <td>4,00 %</td> </tr> <tr> <td>> 24 000 \$</td> <td>≤ 25 000 \$</td> <td>4,04 %</td> </tr> <tr> <td>> 25 000 \$</td> <td>≤ 26 000 \$</td> <td>4,09 %</td> </tr> <tr> <td>> 26 000 \$</td> <td>≤ 27 000 \$</td> <td>4,13 %</td> </tr> <tr> <td>> 27 000 \$</td> <td>≤ 28 000 \$</td> <td>4,17 %</td> </tr> <tr> <td>> 28 000 \$</td> <td>≤ 29 000 \$</td> <td>4,22 %</td> </tr> <tr> <td>> 29 000 \$</td> <td>≤ 40 000 \$</td> <td>4,25 %</td> </tr> <tr> <td>> 40 000 \$</td> <td>≤ 42 500 \$</td> <td>4,62 %</td> </tr> <tr> <td>> 42 500 \$</td> <td>≤ 45 000 \$</td> <td>4,73 %</td> </tr> <tr> <td>> 45 000 \$</td> <td>≤ 47 500 \$</td> <td>4,82 %</td> </tr> <tr> <td>> 47 500 \$</td> <td>≤ 75 000 \$</td> <td>4,89 %</td> </tr> <tr> <td>> 75 000 \$</td> <td>—</td> <td>6,12 %</td> </tr> </tbody> </table>	Seuil minimal	Seuil maximal	Franchise		≤ 15 000 \$	2,71 %	> 15 000 \$	≤ 21 000 \$	3,84 %	> 21 000 \$	≤ 22 000 \$	3,88 %	> 22 000 \$	≤ 23 000 \$	3,94 %	> 23 000 \$	≤ 24 000 \$	4,00 %	> 24 000 \$	≤ 25 000 \$	4,04 %	> 25 000 \$	≤ 26 000 \$	4,09 %	> 26 000 \$	≤ 27 000 \$	4,13 %	> 27 000 \$	≤ 28 000 \$	4,17 %	> 28 000 \$	≤ 29 000 \$	4,22 %	> 29 000 \$	≤ 40 000 \$	4,25 %	> 40 000 \$	≤ 42 500 \$	4,62 %	> 42 500 \$	≤ 45 000 \$	4,73 %	> 45 000 \$	≤ 47 500 \$	4,82 %	> 47 500 \$	≤ 75 000 \$	4,89 %	> 75 000 \$	—	6,12 %	<ul style="list-style-type: none"> Franchise de 100 \$ pour : <ul style="list-style-type: none"> 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 Aucune franchise pour les autres personnes admissibles au PMO
Seuil minimal	Seuil maximal	Franchise																																																						
	≤ 15 000 \$	2,71 %																																																						
> 15 000 \$	≤ 21 000 \$	3,84 %																																																						
> 21 000 \$	≤ 22 000 \$	3,88 %																																																						
> 22 000 \$	≤ 23 000 \$	3,94 %																																																						
> 23 000 \$	≤ 24 000 \$	4,00 %																																																						
> 24 000 \$	≤ 25 000 \$	4,04 %																																																						
> 25 000 \$	≤ 26 000 \$	4,09 %																																																						
> 26 000 \$	≤ 27 000 \$	4,13 %																																																						
> 27 000 \$	≤ 28 000 \$	4,17 %																																																						
> 28 000 \$	≤ 29 000 \$	4,22 %																																																						
> 29 000 \$	≤ 40 000 \$	4,25 %																																																						
> 40 000 \$	≤ 42 500 \$	4,62 %																																																						
> 42 500 \$	≤ 45 000 \$	4,73 %																																																						
> 45 000 \$	≤ 47 500 \$	4,82 %																																																						
> 47 500 \$	≤ 75 000 \$	4,89 %																																																						
> 75 000 \$	—	6,12 %																																																						

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p><u>pour une personne inscrite au Medical Services Plan, mais qui n'est pas inscrite au Fair Pharmacare, la franchise est de 10 000 \$</u></p> <p>Remarque : La franchise est déterminée en fonction d'échelles de revenu; les pourcentages fournis sont donc approximatifs</p> <p>Pas de franchise applicable aux autres régimes et programmes</p>				
<p>Cotisation maximale d'un bénéficiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fair PharmaCare <u>Revenu familial net</u> < 15 000 \$ <u>Maximum</u> = 2 % du revenu net <u>Revenu familial net</u> De 15 000 \$ à 30 000 \$ <u>Maximum</u> = 3 % du revenu net <u>Revenu familial net</u> > 30 000 \$ <u>Maximum</u> = 4 % du revenu net • Fair PharmaCare Enhanced Assistance <u>Revenu familial net</u> < 33 000 \$ <u>Maximum</u> = 1,25 % du revenu net <u>Revenu familial net</u> De 33 000 \$ à 50 000 \$ <u>Maximum</u> = 2 % du revenu net 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins palliatifs : 1 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées paient un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le Formulaire de la Saskatchewan et ceux qui ont été approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du coût maximal admissible s'appliquent) • Les enfants âgés de moins de 14 ans paient un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments figurant dans le Formulaire de la Saskatchewan et ceux qui ont été approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du coût maximal admissible s'appliquent) 	<p>La cotisation maximale d'un bénéficiaire est fondée sur la franchise du bénéficiaire. Une fois la franchise familiale versée, tous les coûts admissibles pour les médicaments sont remboursés.</p>	<p>s.o.</p>

Participation aux coûts	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p><u>Revenu familial net</u> > 50 000 \$ <u>Maximum</u> = 3 % du revenu net</p> <p>Remarque : La franchise est déterminée en fonction d'échelles de revenu; les pourcentages fournis sont donc approximatifs</p> <p>Aucune cotisation maximale d'un bénéficiaire applicable aux autres régimes et programmes</p>				
Sources	Pour en savoir davantage : BC Fair PharmaCare	Pour en savoir davantage : Santé et Mieux-être Alberta	Pour en savoir davantage : Direction de l'assurance-médicaments et de l'assurance-maladie complémentaire de la Saskatchewan	Pour en savoir davantage : Santé Manitoba	Pour en savoir davantage : Programme de médicaments de l'Ontario

[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	DGSPNI
Cotisation	<ul style="list-style-type: none"> • B — Frais d'inscription de 50 \$ par année • H — Frais d'inscription de 50 \$ par année • R — Frais d'inscription de 50 \$ par année • T — Frais d'inscription de 50 \$ par année • U — Frais d'inscription de 50 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • A — Aucune cotisation • C — Aucune cotisation • D — Aucune cotisation • F — Aucune cotisation • S — Aucune cotisation pour les personnes qui ont le Supplément de revenu garanti (SRG). Les personnes n'ayant pas de SRG doivent payer une cotisation jusqu'à concurrence de 424 \$ par année. Certaines personnes âgées à faible revenu n'ayant pas de SRG peuvent avoir droit à des cotisations réduites. 	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI																																																						
Copaiement et coassurance	<ul style="list-style-type: none"> A — Personnes âgées ayant le Supplément de revenu garanti (SRG) : 9,05 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 250 \$ par année civile; personnes âgées n'ayant pas de SRG : 15 \$ par ordonnance B — 20 % du coût de chaque ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$ E — 4 \$ par ordonnance F — 4 \$ par ordonnance pour les adultes (18 ans et plus) et 2 \$ pour les enfants (moins de 18 ans) H — De 0 à 100 % des frais d'ordonnance selon le revenu discrétionnaire. Le copaiement est calculé chaque année durant la période de requalification. R — 20 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$ T — 20 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$ U — 20 % du coût d'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> A — Copaiement de 20 % et copaiement annuel maximal. Le copaiement familial annuel maximal est fondé sur le revenu familial redressé. C — Aucun copaiement D — 20 % du coût total de l'ordonnance F — Frais de 5 \$ par ordonnance, sauf si le client ou la personne à charge a droit à une exemption de participation au paiement S — 30 % des coûts d'ordonnance (minimum de 3 \$ par ordonnance); copaiement annuel maximal de 382 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> D — Insuline : <ul style="list-style-type: none"> 10 \$ par flacon de 10 ml d'insuline ou boîte de cartouches d'insuline de 1,5 ml 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 F — Honoraire du pharmacien par ordonnance M — Une partie des médicaments fondée sur le revenu plus les honoraires professionnels du pharmacien pour 	<ul style="list-style-type: none"> 65Plus Plan — Marge brute et frais professionnels Access Plan — Les copaiements dépendent du revenu comme suit : <p>Familles (avec enfants) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Copaiement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>< 30 009 \$</td><td>20,0 %</td></tr> <tr><td>31 000 \$</td><td>23,9 %</td></tr> <tr><td>32 000 \$</td><td>27,7 %</td></tr> <tr><td>33 000 \$</td><td>31,6 %</td></tr> <tr><td>34 000 \$</td><td>35,5 %</td></tr> <tr><td>35 000 \$</td><td>39,4 %</td></tr> <tr><td>36 000 \$</td><td>43,3 %</td></tr> <tr><td>37 000 \$</td><td>47,2 %</td></tr> <tr><td>38 000 \$</td><td>51,1 %</td></tr> <tr><td>39 000 \$</td><td>55,0 %</td></tr> <tr><td>40 000 \$</td><td>58,8 %</td></tr> <tr><td>41 000 \$</td><td>62,7 %</td></tr> <tr><td>42 000 \$</td><td>66,6 %</td></tr> <tr><td>42 870 \$</td><td>70,0 %</td></tr> </tbody> </table> <p>Couples (sans enfants) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Copaiement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>< 21 435 \$</td><td>20,0 %</td></tr> <tr><td>22 000 \$</td><td>23,3 %</td></tr> <tr><td>23 000 \$</td><td>29,1 %</td></tr> <tr><td>24 000 \$</td><td>35,0 %</td></tr> <tr><td>25 000 \$</td><td>40,8 %</td></tr> <tr><td>26 000 \$</td><td>46,6 %</td></tr> <tr><td>27 000 \$</td><td>52,4 %</td></tr> <tr><td>28 000 \$</td><td>58,3 %</td></tr> <tr><td>29 000 \$</td><td>64,1 %</td></tr> <tr><td>30 000 \$</td><td>69,9 %</td></tr> <tr><td>30 009 \$</td><td>70,0 %</td></tr> </tbody> </table> 	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 %	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
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 %																																																											
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 %																																																											

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI																								
			<p>chaque ordonnance</p> <ul style="list-style-type: none"> • S — Première tranche de 8,25 \$ des médicaments plus les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque ordonnance • Z — 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 	<p>Personnes célibataires :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Copaiement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 18 577 \$</td> <td>20,0 %</td> </tr> <tr> <td>19 000 \$</td> <td>22,5 %</td> </tr> <tr> <td>20 000 \$</td> <td>28,3 %</td> </tr> <tr> <td>21 000 \$</td> <td>34,1 %</td> </tr> <tr> <td>22 000 \$</td> <td>40,0 %</td> </tr> <tr> <td>23 000 \$</td> <td>45,8 %</td> </tr> <tr> <td>24 000 \$</td> <td>51,6 %</td> </tr> <tr> <td>25 000 \$</td> <td>57,5 %</td> </tr> <tr> <td>26 000 \$</td> <td>63,3 %</td> </tr> <tr> <td>27 000 \$</td> <td>69,1 %</td> </tr> <tr> <td>27 151 \$</td> <td>70,0 %</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Les bénéficiaires de l'Assurance Plan peuvent recevoir un copaiement allant de 0 % à 99 % 	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 %		
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	DGSPNI								
Franchise	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> • A — La franchise familiale annuelle est un pourcentage à échelle mobile fondé sur le revenu familial redressé • C — Aucune franchise • D — La franchise annuelle est un pourcentage à échelle mobile fondé sur le revenu familial redressé • F — Aucune franchise • S — Aucune franchise 	Aucune	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants Maximum de 250 \$ par enfant et de 500 \$ par famille. La franchise peut être abolie ou réduite selon le revenu. • Programme d'aide aux malades chroniques Maximum de 250 \$ par personne et de 500 \$ par famille (exclut les patients en soins palliatifs). La franchise peut être exclue ou réduite en fonction du revenu. 	Aucune								
Cotisation maximale d'un bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> • A — Personnes âgées qui touchent le Supplément de revenu garanti (SRG) : 250 \$ par année civile • B — 500 \$ par famille au cours d'un exercice financier + cotisation (voir ci-dessus) • E — 250 \$ par personne au cours d'un exercice financier • F — 250 \$ par famille au cours d'un exercice financier • R — 500 \$ par famille au cours d'un exercice financier + cotisation (voir ci-dessus) • T — 500 \$ par famille au cours d'un exercice 	<ul style="list-style-type: none"> • A — Copaiement annuel familial plus franchise familiale annuelle • S — Copaiement annuel maximal de 382 \$ + cotisation (voir ci-dessus) 	s.o.	<p>Les prestations maximales de l'Assurance Plan dépendent du revenu net comme suit :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu net</th> <th>Maximum</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	Revenu net	Maximum	Jusqu'à 39 999 \$	5,0 %	De 40 000 \$ à 74 999 \$	7,5 %	De 75 000 \$ à 149 999 \$	10,0 %	s.o.	s.o.
Revenu net	Maximum													
Jusqu'à 39 999 \$	5,0 %													
De 40 000 \$ à 74 999 \$	7,5 %													
De 75 000 \$ à 149 999 \$	10,0 %													

Participation aux coûts	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
	financier + cotisation (voir ci-dessus) <ul style="list-style-type: none"> • U — 500 \$ par famille au cours d'un exercice financier + cotisation (voir ci-dessus) 					
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](#)

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

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Composantes des coûts d'ordonnance</p>	<p>Le programme Fair PharmaCare versera le coût d'acquisition réel du pharmacien, y compris les frais de transport, jusqu'à concurrence de 8 % au-dessus du prix courant des médicaments en gros, plus les honoraires professionnels/frais d'exécution</p> <p>La couverture du PharmaCare est assujettie à ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Low-Cost Alternative Policy</p> <p>Si plusieurs médicaments contiennent des ingrédients actifs identiques, PharmaCare établit un prix maximal de rechange plus faible qu'il paiera pour tout médicament de ce groupe. Le prix de rechange est établi au coût moyen le plus faible réclamé par les pharmacies de la C.-B. pour les médicaments d'un même groupe. Les médicaments d'un même groupe dont le prix est à 1 % près du prix de rechange sont entièrement couverts.</p> 	<p>Coût d'acquisition réel + honoraires + déduction pour inventaire</p> <p>Il existe trois politiques sur le prix des médicaments : la solution la moins coûteuse, le coût maximal admissible et le coût réel d'acquisition</p> <p>La solution la moins coûteuse constitue le plus bas prix fixé pour un médicament au sein d'une série de produits médicamenteux interchangeables. Les régimes d'assurance-maladie supplémentaires de l'Alberta ne rembourseront que le produit le moins cher qui peut être remplacé dans l'ordonnance par des produits génériques. Les bénéficiaires qui opteront pour les produits plus chers auront à payer la différence.</p> <p>Le coût maximal admissible constitue le coût unitaire maximum établi pour un produit ou un groupe de produits particuliers. Une poignée de produits figure dans la catégorie du coût maximal admissible.</p> <p>Conformément à l'entente, les pharmaciens doivent facturer selon le coût d'acquisition réel d'un produit pharmaceutique. En ce qui concerne les produits interchangeables, les pharmaciens ne peuvent facturer qu'au prix d'acquisition réel, jusqu'à concurrence du prix de la solution la moins coûteuse ou du coût maximal admissible, selon le prix le moins élevé.</p>	<p>Solution moins coûteuse Les prestations sont en fonction de la marque interchangeable la moins coûteuse indiquée dans le Formulaire</p> <p>Coût maximal admissible Les classes des médicaments sont révisées par les comités provinciaux d'experts en médicaments afin d'en vérifier la sécurité, les avantages et la rentabilité. Le prix des médicaments les plus rentables sert de guide pour établir le prix maximum que le régime d'assurance-maladie couvrira dans le cas de médicaments aux propriétés médicinales similaires.</p> <p>Coûts d'ordonnance Les coûts d'ordonnance sont calculés en additionnant le coût d'acquisition réel du médicament (qui peut inclure une marge bénéficiaire de grossiste), la marge de la pharmacie (jusqu'à concurrence maximale) et les frais d'exécution d'ordonnance (jusqu'à concurrence maximale)</p>	<p>Coûts d'ordonnance Les coûts d'ordonnance incluent le coût du médicament en question (le prix du médicament selon le pharmacien ou le détenteur du permis de pharmacie) et les honoraires (ces honoraires correspondent au montant qu'un pharmacien facture régulièrement aux personnes responsables de payer les coûts sans se faire rembourser)</p> <p>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 »</p>	<p>Prix au titre du régime de médicaments + marge + honoraires professionnels</p> <p>Depuis mars 2007, les réclamations au prix que paient les exploitants se limitent aux cas où une pharmacie n'est pas en mesure d'acheter un produit générique interchangeable et doit vendre le produit original ou un produit générique interchangeable dont le prix est plus élevé au titre du régime de médicaments</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<ul style="list-style-type: none"> Reference Drug Program S'il y a plus d'un médicament dans une catégorie thérapeutique, seuls les médicaments efficaces médicalement et économiques de la catégorie (médicament de référence) seront entièrement couverts par PharmaCare Le Reference Drug Program comprend cinq catégories de médicaments : <ol style="list-style-type: none"> antagonistes des récepteurs de l'histamine 2 (récepteurs H2) anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) nitrate inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) inhibiteurs calciques de la famille des dihydropyridines 		<p>Préparations extemporanées — supplément de « frais composés » de 0,75 \$/minute jusqu'à concurrence de 60 minutes; et de 20 minutes pour la plupart des composés de méthadone</p>		
Frais professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Depuis le 15 octobre 2010, le Fair PharmaCare rembourse jusqu'à concurrence de 9,60 \$ pour les frais d'exécution d'ordonnance Depuis le 1^{er} février 2009, la Frequency of Dispensing Policy limite le nombre de frais d'exécution d'ordonnance que le régime d'assurance-médicaments assume pour des médicaments délivrés au 	<ul style="list-style-type: none"> L'Alberta a deux types de frais professionnels : les frais d'exécution d'ordonnance et la déduction supplémentaire pour inventaire. La déduction supplémentaire est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2000. Les frais, du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, sont les suivants : 	<ul style="list-style-type: none"> Les frais d'ordonnance s'élèvent à un maximum de 9,43 \$ (depuis le 1^{er} août 2010) Programme de 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 9,43 \$) sont payés pour la 	<ul style="list-style-type: none"> 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 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est de 7 \$ <p>Depuis le 1^{er} août 2008, les frais 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</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.			Sask.	Man.	Ont.										
	<p>cours d'une période d'approvisionnement de moins de 28 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PharmaCare assume les frais d'exécution d'ordonnance des médicaments délivrés tous les jours jusqu'à concurrence de trois fois par jour - Dans le cas des médicaments prescrits dans le cadre d'une provision suffisante pour 2 à 27 jours, PharmaCare assume les frais d'exécution d'ordonnance des médicaments jusqu'à concurrence de cinq fois <ul style="list-style-type: none"> • Depuis le 15 octobre 2010, les pharmacies qui délivrent des médicaments dans le cadre du régime B touchent des honoraires fixés par tête (par lit en soins de longue durée) de 43,75 \$ • Frais d'interaction pour les doses de méthadone (phase d'entretien) : 7,70 \$ • Frais de services particuliers : rémunération des pharmaciens qui préfèrent ne pas remplir une ordonnance fondée sur leur opinion professionnelle (frais équivalant à deux fois les frais d'exécution d'ordonnance) 	<table border="1" data-bbox="822 277 1370 505"> <thead> <tr> <th>Coût d'achat</th> <th>Frais d'exécution d'ordonnance</th> <th>Déduction supplémentaire pour inventaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jusqu'à 74,99 \$</td> <td>10,22 \$</td> <td>3,71 \$*</td> </tr> <tr> <td>De 75 \$ à 149,99 \$</td> <td>15,53 \$</td> <td>2,00 \$</td> </tr> <tr> <td>150 \$ et plus</td> <td>20,94 \$</td> <td>5,03 \$</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'insuline et les contraceptifs oraux, les frais 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'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 qui nécessitent plus de sept minutes de préparation, les frais de préparation supplémentaires ne doivent pas excéder 75 cents par minute pour chaque minute qui dépasse les sept minutes. • L'allocation temporaire s'applique aux ordonnances dont le coût d'acquisition réel 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 (APHAP) et du Pharmacy Practice Models Initiative (PPMI) <p>* Le champ de la déduction supplémentaire pour inventaire a été augmenté afin de permettre l'intégration d'une allocation temporaire. L'allocation temporaire s'appliquera de la façon suivante :</p>	Coût d'achat	Frais d'exécution d'ordonnance	Déduction supplémentaire pour inventaire	Jusqu'à 74,99 \$	10,22 \$	3,71 \$*	De 75 \$ à 149,99 \$	15,53 \$	2,00 \$	150 \$ et plus	20,94 \$	5,03 \$	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins gérés de méthadone — les pharmaciens fournissent une quantité quotidienne de méthadone. Les frais de soins gérés sont de 3,50 \$ par jour (24,50 \$ par semaine) et sont remboursés uniquement pour les interactions en personne entre le patient et le pharmacien. • Ordonnance pour contraceptifs d'urgence — les pharmaciens qui ont la formation requise peuvent facturer des frais 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis le 1^{er} avril 2008, les honoraires mensuels fixés par tête pour les foyers de soins personnels seront de 36,76 \$ par lit, par mois à Winnipeg et de 37,46 \$ par lit, par mois dans les régions rurales 	<p>de longue durée et les médicaments de la liste des médicaments exemptés</p> <p>Depuis avril 2007, une allocation professionnelle est accordée dans le cadre de MedsCheck, un programme d'examen des médicaments. Les résidents de l'Ontario qui souffrent d'au moins trois maladies chroniques ont droit à un examen annuel de MedsCheck. Le programme MedsCheck comprend des examens de suivi depuis novembre 2007.</p>
Coût d'achat	Frais d'exécution d'ordonnance	Déduction supplémentaire pour inventaire															
Jusqu'à 74,99 \$	10,22 \$	3,71 \$*															
De 75 \$ à 149,99 \$	15,53 \$	2,00 \$															
150 \$ et plus	20,94 \$	5,03 \$															

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires pour la contraception d'urgence (15 \$) <p>La politique intérimaire suivante a été négociée dans le cadre d'un accord intérimaire entre la province de la Colombie-Britannique et la BC Pharmacy Association. L'accord intérimaire a pris fin le 31 décembre 2009. Cependant, les parties ont convenu de conclure un accord à plus long terme en vertu duquel ces politiques ou des politiques semblables demeureront en vigueur.</p> <p>Politique intérimaire — Pharmacist Clinical Services Associated With Prescription Adaptation</p> <p>Les pharmaciens ont droit au paiement des services suivants d'adaptation des ordonnances :</p> <ol style="list-style-type: none"> Renouveler une ordonnance Changer la dose, la formule ou le schéma posologique d'une ordonnance afin d'améliorer les résultats pour le patient Remplacer un médicament par un autre médicament de la même catégorie thérapeutique <p>Pour renouveler une ordonnance ou pour en modifier la dose, la formule ou le schéma posologique, les pharmaciens recevront des frais d'exécution d'ordonnance de 8,60 \$</p>	<p>du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011 : 3,71 \$ du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 : 2,71 \$ du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013 : 1,71 \$ du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 : 0,71 \$</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. Système d'emballage aux fins de l'observance — depuis le 15 janvier 2010, conformément à la Medication Assessment and Compliance Packaging Policy; les clients des services à domicile admissibles ou désignés actuellement : 6,25 \$ pour un approvisionnement de 7 jours (25 \$ pour un approvisionnement de 28 jours ou 31,25 \$ pour un approvisionnement de 35 jours) Évaluation des médicaments — depuis le 15 janvier 2010, conformément à la Medication Assessment and Compliance Packaging Policy; les frais ne dépassent pas 60 \$ et sont versés une fois par année civile 		

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p>Pour remplacer un médicament thérapeutique par un autre, les pharmaciens recevront des frais d'exécution d'ordonnance de 17,20 \$</p> <p>Les frais de services cliniques sont versés en plus des frais d'ordonnance habituels auxquels la pharmacie peut avoir droit</p> <p>Les frais de services particuliers ne sont pas versés pour toute ordonnance qui a occasionné des frais de services cliniques</p> <p>Les frais de services cliniques sont versés au cours du trimestre suivant celui où le service a été fourni</p> <p>Le ministère assumera jusqu'à concurrence de deux frais de services cliniques par médicament, par personne pour une période de six mois</p> <p>Depuis le 1^{er} janvier 2010, une entente de transition est entrée en vigueur afin de couvrir la période de six mois nécessaire à l'élaboration d'une entente à long terme pour veiller au maintien des avantages précisés dans la politique intérimaire</p> <p>Les changements réglementaires entrés en vigueur le 21 octobre 2009 avaient pour but d'élargir le champ d'activité des</p>				

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p>pharmaciens de la C.-B. afin qu'il comprenne l'administration des vaccins. Les pharmaciens autorisés reçoivent 10 \$ pour chaque vaccin qu'ils administrent dans le cadre d'un programme de vaccination publique.</p>				
<p>Marge</p>	<p>À compter du 15 octobre 2010, la province remboursera les médicaments de marque et les médicaments génériques couverts par PharmaCare d'après le prix courant du fabricant, plus une marge de 8 %. La marge a pour but de couvrir tous les coûts assumés par une pharmacie pour l'achat et l'entreposage du médicament. Dans le cas des médicaments achetés en vertu de la Low-Cost Alternative Policy et du Reference Drug Program, la marge de 8 % est comprise dans les prix publiés.</p> <p>L'insuline (à l'exception de l'Humalog), les aiguilles et les seringues pour l'insulinothérapie sont remboursées au prix de détail régulier, ce qui comprend la marge. Cependant, les frais d'exécution ne sont pas facturés.</p>	<p>Les prix fixés dans la liste des médicaments de Santé et Mieux-être 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.</p>	<p>La marge maximum du pharmacien par médicament d'ordonnance est</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 % sur les coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 6,30 \$ • 15 % sur les coûts des médicaments de 6,31 \$ à 15,80 \$ • 10 % sur les coûts des médicaments de 15,81 \$ à 200,00 \$ • jusqu'à concurrence de 20,00 \$ pour les médicaments de plus de 200,00 \$ <p>Pour le matériel d'analyse d'urine, la pharmacie reçoit le coût d'acquisition, la marge, et 50 % de la marge au lieu du tarif d'exécution d'ordonnance. Quant à l'insuline, la pharmacie reçoit le coût d'acquisition ainsi qu'une marge négociée.</p>	<p>s.o.</p>	<p>Le maximum peut être de 8 % (sur autorisation).</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients</p>	<p>Le paiement de PharmaCare est fondé sur le coût réel d'acquisition jusqu'à concurrence de 8 % au-dessus du prix courant des médicaments en gros. Le coût réel d'acquisition est ajusté pour refléter le coût réel pour la pharmacie. Il exclut toute remise en espèce, rabais sur le volume, escompte ou prestation de rendement.</p> <p>La couverture du programme PharmaCare est assujettie à ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Low-Cost Alternative Policy Si plusieurs médicaments contiennent des ingrédients actifs identiques, PharmaCare établit un prix maximal de rechange plus faible qu'il paiera pour tout médicament de ce groupe. Le prix de rechange est établi au coût moyen le plus faible réclamé par les pharmacies de la C.-B. pour les médicaments d'un même groupe. Les médicaments d'un même groupe dont le prix est à 1 % près du prix de rechange sont entièrement couverts. • Reference Drug Program S'il y a plus d'un médicament dans une catégorie thérapeutique, seuls les médicaments les plus efficaces médicalement et économiques de la catégorie 	<p>Tous les prix dans la liste des médicaments de Santé et Mieux-être Alberta s'appuient sur une confirmation des prix pour la période pendant laquelle la liste est en vigueur</p>	<p>Les fabricants doivent garantir le prix de leurs produits pendant l'exercice (d'avril à mars). Les prix publiés dans le formulaire incluent la marge bénéficiaire maximale permise des grossistes. Les pharmaciens doivent soumettre, selon le contrat, le coût d'acquisition réel du médicament qui peut être inférieur au prix publié dans le formulaire.</p> <p>Offre à commandes Le programme d'assurance-médicaments fait une offre de vente des médicaments dans certains groupes interchangeables afin d'obtenir le prix le moins cher. Une offre approuvée exige que le fabricant garantisse la fourniture du médicament en question aux pharmacies par l'intermédiaire de distributeurs autorisés et au prix convenu. En retour, le produit du fabricant aura presque l'exclusivité de vente. Il ne faut utiliser que le médicament approuvé dans l'entente pour exécuter une ordonnance dans un groupe interchangeable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le médicament couvert que l'on retrouve dans le Règlement sur les médicaments couverts correspond au coût du produit interchangeable le moins coûteux prescrit dans le formulaire • Dans tout autre cas, le prix habituel le plus bas du médicament couvert facturé de temps à autre par les grossistes ou les manufacturiers qui fournissent des produits pharmaceutiques aux pharmaciens ou aux détenteurs de permis de pharmacie 	<p>Depuis octobre 2006, dans le cadre de la mise en application de la <i>Loi sur un régime de médicaments transparent pour les patients</i> (projet de loi 102), le Programme des médicaments de l'Ontario (PMO) peut conclure des accords de liste avec les fabricants</p> <p>Avant qu'un produit ne soit approuvé pour apparaître sur la liste, le ministère et le fabricant doivent s'entendre sur le prix au titre du régime de médicaments</p> <p>Le prix des médicaments de multiples sources ne doit pas dépasser 50 % du prix du produit de marque original.</p> <p>Une augmentation de prix peut être envisagée pour un produit médicamenteux qui a été listé sur le formulaire aux termes du PMO pendant au moins cinq ans et lorsque le fabricant est en mesure de présenter la preuve que le coût des matières premières a augmenté au cours de l'année précédente</p> <p>Lorsqu'une pharmacie n'est pas en mesure d'acheter un médicament listé sur le formulaire à un prix égal</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p>(médicament de référence) seront entièrement couverts par PharmaCare. Le Reference Drug Program comprend cinq catégories de médicaments :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les antagonistes des récepteurs de l'histamine 2 (récepteurs H2) 2. les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) 3. les nitrates 4. les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) 5. les inhibiteurs calciques de la famille des dihydropyridines 				<p>ou inférieur au montant remboursé par le PMO (soit le prix au titre du régime de médicaments + 8 % de marge), il peut réclamer le paiement du coût d'acquisition du produit médicamenteux le moins cher sur sa liste des stocks. Il s'agit d'une réclamation au prix que paient les exploitants. Cette réclamation ne peut être présentée que pour les produits médicamenteux admissibles.</p>
<p>Coordination des prestations (secteurs public et privé)</p>	<p>Le Fair PharmaCare couvre toutes les personnes, à l'exception des résidents de la C.-B. couverts par le ministère des Anciens Combattants, la Gendarmerie royale du Canada, les Forces armées, la commission des accidents du travail ou le programme fédéral des Services de santé non assurés</p> <p>Le Fair PharmaCare vient en premier et l'assurance privée, en deuxième</p>	<p>Santé et Mieux-être 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.</p>	<p>Le programme d'assurance-médicaments est le premier payeur des réclamations admissibles pour les bénéficiaires admissibles. Les coûts qui ne sont pas couverts par le régime sont envoyés soit par voie électronique par le pharmacien, soit manuellement par le patient à sa compagnie d'assurances privée, le cas échéant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour chaque année du calcul des prestations débutant le ou après le 1^{er} avril, le montant des prestations payables à une unité familiale équivaut aux dépenses encourues par l'unité familiale au cours de l'année des prestations dépassant la franchise établie <p>Dans les cas suivants, on ne considère pas qu'une personne a déboursé une partie du coût du médicament couvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne est admissible au remboursement du coût du médicament couvert par une source autre que le gouvernement 	<p>Les réclamations des personnes âgées bénéficiant de l'assurance privée et provinciale publique passent par le régime provincial en premier lieu</p> <p>Les personnes ou les familles peuvent demander le Programme de médicaments Trillium si l'assurance privée ne couvre pas 100 % de leurs coûts de médicaments prescrits et s'ils ne sont pas admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
				<ul style="list-style-type: none"> La personne est admissible au remboursement du médicament couvert à même un fonds ou conformément à un programme établi en vertu d'une loi édictée par le Parlement ou toute autre autorité législative au Canada ou ailleurs <p>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 ou des régimes d'assurance-médicaments privés ne sont pas admissibles aux prestations d'assurance-médicaments du régime provincial conformément aux alinéas 2(2)(a) et (b) de la <i>Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance</i></p>	

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Coordination des prestations (au sein des secteurs de compétence)</p>	<p>En ce qui concerne les réclamations au Fair PharmaCare, les règles de décision quant aux régimes vont comme suit : un patient qui ne répond pas aux critères d'un régime passera à un autre, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il trouve celui qui lui convient. Si un seul régime propose une assurance partielle (p. ex. selon le médicament), le patient pourrait réclamer le paiement sous plusieurs régimes. Le processus de décision est comme suit par ordre de priorité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • régime B • régime P • régime D • régime G • régime F • régime C • Fair PharmaCare Enhanced Assistance • Fair PharmaCare 	<p>Santé et Mieux-être Alberta n'autorise pas la coordination des prestations sur plusieurs régimes publics. Étant donné que les Albertains ne peuvent s'inscrire que dans un seul régime gouvernemental à la fois, la coordination des prestations n'est pas nécessaire. Dans l'ensemble, les Albertains admissibles à une assurance fédérale ne cherchent pas à s'assurer aux termes d'un autre régime du gouvernement de l'Alberta.</p>	<p>Les résidents 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 armées, la commission des accidents du travail ou le Service correctionnel du Canada ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments du ministère de la Santé de la Saskatchewan</p>	<p>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 ou des régimes d'assurance-médicaments privés ne sont pas admissibles aux prestations d'assurance-médicaments du régime provincial, conformément aux alinéas 2(2)(a) et (b) de la <i>Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance</i></p>	<p>Un résident ne peut être admissible à plus d'une assurance-médicaments provinciale publique</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
Restrictions quant à la couverture	<ul style="list-style-type: none"> Les praticiens remplissent des formulaires d'autorisation spéciale pour le compte de leurs patients Ces formulaires sont envoyés au Fair PharmaCare par courrier, par télécopieur ou par téléphone Les demandes d'autorisation spéciale sont réglées sur une base individuelle selon les critères établis Les demandes approuvées sont intégrées dans le dossier PharmaNet du patient et accessibles dans toutes les pharmacies de la Colombie-Britannique. Ces autorisations spéciales sont valides à compter de la date d'entrée en vigueur et leur durée varie selon le médicament et l'utilisation. L'information sur les demandes est retournée au praticien par télécopieur ou par la poste L'assurance spéciale est renouvelable, le cas échéant. Les demandes de renouvellement doivent être soumises au moins deux semaines avant la date d'échéance 	<ul style="list-style-type: none"> Les dispensateurs remplissent les formulaires d'autorisation spéciale et les pharmaciens du programme les examinent Une approbation préalable est nécessaire pour une assurance spéciale 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. Quelques médicaments sont restreints à certains groupes d'âge 	<p>Liste des médicaments d'exception Assurance selon des critères de médicaments dont la présence dans le régime régulier n'est pas possible ou n'est pas appropriée :</p> <ul style="list-style-type: none"> les médecins, les dentistes, les optométristes qualifiés (ou le personnel autorisé), les infirmières praticiennes, les sages-femmes et les pharmaciens peuvent faire une demande d'ajout à la liste des médicaments d'exception les demandes sont soumises par téléphone, par la poste ou par télécopieur si la couverture a été approuvée, les patients reçoivent un avis par écrit les informant de l'approbation et de la période à laquelle elle est applicable en cas de rejet d'une demande, le patient et le médecin reçoivent une lettre expliquant le motif du refus <p>Pour les demandes d'ajout à la liste des médicaments d'exception effectuées par un pharmacien : le diagnostic fournit par le médecin ou son assistant doit être consigné au sein de la pharmacie, que ce soit dans l'ordonnance originale, dans un fichier électronique ou dans le formulaire de demande d'ajout à la liste des médicaments d'exception aux fins de l'impôt</p>	<p>Un médicament ou tout autre produit ne figurant pas dans la liste de la partie 1, ou un médicament couvert figurant dans la liste de la partie 2 aux fins d'utilisation dans une situation différente peut être considéré comme étant admissible dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> s'il est habituellement administré exclusivement aux patients hospitalisés et il est administré à l'extérieur d'un hôpital; s'il n'est habituellement pas prescrit ou administré au Manitoba, mais il est prescrit parce qu'il est nécessaire au traitement d'un patient souffrant d'une maladie, d'une déficience ou d'une affection que l'on retrouve rarement au Manitoba; si on dispose de preuves thérapeutiques et économiques, fournies au ministre conformément aux critères établis, appuyant un régime de traitement particulier qui inclut l'utilisation du médicament ou de l'autre produit <p>Traitement : indemnité exceptionnelle Partie 2 — Le paiement est automatiquement traité par le système du Réseau pharmaceutique informatisé si le</p>	<p>Médicaments à usage restreint Depuis le 27 septembre 2005, les médecins n'ont plus besoin de remplir le formulaire propre aux médicaments à usage restreint. Ils doivent maintenant fournir un code lié au motif d'utilisation sur l'ordonnance écrit à la main, envoyé par voie électronique ou formulé de vive voix. Une ordonnance pour un médicament à usage restreint est valide pendant une année, à moins d'indication contraire dans la note du médecin.</p> <p>Accès exceptionnel (PAE) — Il est possible de présenter une demande écrite à l'intention de la Direction des programmes des médicaments visant la couverture exceptionnelle d'un produit médicamenteux non listé dans le formulaire. Le personnel du ministère coordonne le processus d'examen, lequel comprend l'obtention d'une recommandation du Comité d'évaluation des médicaments (CEM) sur la base de renseignements détaillés sur le patient. Ensuite, le ministère fait parvenir une lettre au médecin requérant l'informant de la décision concernant la</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
				<p>pharmacien ou la personne qui a prescrit les médicaments indique sur l'ordonnance que le patient répond aux critères énoncés dans la partie 2</p> <p>Partie 3 — 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.</p>	<p>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.</p> <p>Depuis le 27 novembre 2008, le Programme d'accès exceptionnel comprend un service de demande par téléphone (Telephone Request Service ou TRS) pour certains médicaments. Dans la plupart des cas, les demandes sont examinées en temps réel. Les demandes pour environ 40 médicaments sont prises en considération dans le cas d'indications précises et souvent urgentes. Les demandes de médicaments (indications) qui, actuellement, ne sont pas prises en considération dans le cadre de ce service devraient être effectuées par écrit.</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Politique de remboursement</p>	<p>Une demande de remboursement est automatiquement soumise chaque fois qu'un bénéficiaire du Fair PharmaCare achète des médicaments d'une pharmacie autorisée de la Colombie-Britannique</p> <p>Depuis le 1^{er} janvier 2008, PharmaCare ne remboursera plus les coûts des médicaments d'ordonnance ou des fournitures médicales payés avant la date à laquelle une famille s'inscrit au Fair PharmaCare. Les coûts continueront d'être pris en compte dans la franchise et le maximum familial annuel accordé par Fair PharmaCare, mais les frais excédant la franchise encourue avant l'inscription ne sont pas remboursés.</p> <p>Les autorités particulières ont la priorité selon la date de réception et l'urgence de la demande. En moyenne, la plupart des demandes sont traitées en deux semaines. Pour garantir la couverture du Fair PharmaCare, il faut que l'achat du médicament ou l'exécution de l'ordonnance soit préalablement approuvé. La couverture rétroactive n'est pas offerte.</p> <p>La province ne rembourse pas la plupart des achats faits à l'extérieur</p>	<p>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 dans la liste des médicaments de Santé et Mieux-être Alberta.</p> <p>Pour que les bénéficiaires soient admissibles au remboursement, il faut que les demandes parviennent à la Croix-Bleue de l'Alberta dans les 12 mois suivant la date de prestation du service. Le service doit avoir été dispensé après la date d'entrée en vigueur de la couverture.</p>	<p>Un réseau informatique en ligne transmet l'information sur l'ordonnance de la pharmacie à l'ordinateur central afin de comparer les données avec celles qui sont enregistrées afin de déterminer si le paiement peut être approuvé. Si la demande est approuvée, l'information relative aux coûts est retransmise à la pharmacie, y inclus la part du consommateur et du programme d'assurance-médicaments. 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.).</p> <p>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</p> <p>Les résidents peuvent soumettre les reçus originaux des ordonnances exécutées dans une autre province au programme d'assurance-médicaments</p>	<p>Un réseau informatique transmet l'information sur l'ordonnance de la pharmacie à l'ordinateur central afin de comparer les données avec celles qui sont enregistrées afin de déterminer si le paiement de l'ordonnance peut être approuvé. L'information relative à l'ordonnance est retransmise à la pharmacie, incluant la part du consommateur et du programme d'assurance-médicaments.</p> <p>Le coût des médicaments couverts achetés dans une province ou un territoire autre que le Manitoba, jusqu'à concurrence du montant jugé raisonnable par le ministre. Les résidents peuvent soumettre les reçus originaux des ordonnances exécutées dans une autre province au programme d'assurance-médicaments aux fins de remboursement.</p>	<p>Ne sont remboursés que les médicaments achetés par un résident admissible d'une pharmacie de l'Ontario et prescrits par un médecin inscrit en Ontario. Un patient qui répond à tous les critères ci-dessus et paie le pharmacien en espèces peut soumettre le reçu de remboursement au Programme de médicaments de l'Ontario.</p>

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
<p>Divers</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Fair PharmaCare couvre tous les médicaments prescrits jusqu'à concurrence de 30 jours d'approvisionnement (pour les médicaments à court terme et 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) <p>Il existe des exonérations pour l'approvisionnement de 30 jours pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Approvisionnement pour un voyage Depuis le 1^{er} mai 2008, PharmaCare couvre l'approvisionnement de médicaments pour les voyages à l'extérieur de la province jusqu'à concurrence de l'approvisionnement permis par PharmaCare. Aux termes de la nouvelle politique, un patient peut demander un approvisionnement</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune limite sur la quantité de médicaments prescrits Dans la plupart des cas, Santé et Mieux-être 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 : <ul style="list-style-type: none"> anticoagulants anticonvulsivants digitale et glucoside digitalique agents hypoglycémiant médicaments pour la thyroïde vitamines contraceptifs oraux médicaments antihypertenseurs œstrogènes conjugués médicaments anti-arthritiques <p>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 et Mieux-être Alberta peut, exceptionnellement, modifier ce montant.</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <p>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 que trois mois d'approvisionnement en médicaments à la fois.</p> <p>Il se peut que le pharmacien exige un tarif d'exécution d'ordonnance pour chaque ordonnance dans le cas de la plupart des médicaments énumérés dans 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 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.</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 jours; jusqu'à concurrence de 100 jours supplémentaires si : <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Depuis le 14 novembre 2002, le PMO a mis en œuvre le programme d'ordonnance de 30 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 (voyageurs)

Information relative aux politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.
	<p>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.</p>				<p>à l'extérieur de la province pour des périodes prolongées, échantillons de médecins, ordonnance d'insuline).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ce qui concerne les bénéficiaires assurés en vertu de la <i>Loi sur le programme Ontario au travail</i>, la quantité maximale de médicaments réclamée dans le cadre du PMO ne doit pas excéder celle d'un traitement de 35 jours
Sources	<p>Pour en savoir davantage : British Columbia PharmaCare</p>	<p>Pour en savoir davantage : Santé et Mieux-être Alberta</p>	<p>Pour en savoir davantage : Direction de l'assurance-médicaments et de l'assurance-maladie complémentaire de la Saskatchewan</p>	<p>Pour en savoir davantage : Santé Manitoba</p>	<p>Pour en savoir davantage : Programme de médicaments de l'Ontario</p>

[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)

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
Composantes des coûts d'ordonnance	Coût d'achat réel ou prix admissibles maximaux (PAM) + frais d'exécution d'ordonnance	<p>Coût d'acquisition réel ou, s'il y a lieu, le prix admissible maximal (PAM), le PAM moins la déduction de PharmaCare, ou le PAM spécial + marge de 2 % (jusqu'à concurrence de 50 \$ par ordonnance) + frais professionnels applicables (jusqu'à concurrence de 10,62 \$)</p> <p>Dans le cas de produits injectables (à l'exception de l'insuline) et d'articles de stomie : coût d'acquisition réel ou, s'il y a lieu, PAM ou PAM spécial + marge de 10 % (jusqu'à concurrence de 250 \$ par ordonnance) + frais professionnels applicables (jusqu'à concurrence de 10,62 \$)</p>	<p>Prix admissibles maximaux + honoraires</p> <p>Lorsqu'aucun prix admissible maximal n'est déterminé, le coût est fondé sur le prix net du catalogue du manufacturier et les honoraires sont établis comme si l'on traitait directement avec le manufacturier. Si ce n'est pas le cas, le coût est établi en fonction du prix net du catalogue du manufacturier auquel on ajoute une marge bénéficiaire pouvant atteindre 13 % ainsi que les honoraires.</p>	<p>Prix total de l'ordonnance = (coût défini) + (à concurrence du maximum des honoraires) + (à concurrence du maximum des frais supplémentaires)</p> <p>Coût défini Les produits énumérés dans le NIDPF : il s'agira du prix publié</p> <p>Les produits visés par la politique de prix raisonnables : il s'agira du montant le plus bas entre le prix raisonnable publié et le prix courant du fabricant, plus 8,5 %</p> <p>Préparations extemporanées : il s'agira du prix courant du fabricant plus 8,5 % pour chaque produit couvert utilisé lors de la préparation extemporanée</p> <p>Tous les autres cas (à l'exception de la</p>	Coût d'achat réel + marge + honoraires	Coût des médicaments dans la liste + honoraires + marge (le cas échéant)

Information relative aux politiques	N.-B.			N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI																																	
				Préparations extemporanées composées (sauf la méthadone et les préparations injectables) : coût réel d'acquisition + 2 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) + des honoraires de PharmaCare d'au plus 15,93 \$		méthadone) : le prix courant du fabricant plus 8,5 % Méthadone : lorsque ce médicament sert uniquement à traiter la toxicomanie et qu'il est facturé selon le numéro d'identification du produit (NIP) 967211, le coût défini sera de 1,50 \$ par dose pour la durée de l'entente (du 10 juillet 2007 au 31 mars 2011)																																			
Frais professionnels	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Coût des ingrédients par ordonnance</th> <th>Frais d'exécution d'ordonnance</th> <th>Frais d'exécution d'ordonnance relatifs aux composantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00-99,99 \$</td> <td>9,40 \$</td> <td>14,10 \$</td> </tr> <tr> <td>100-199,99 \$</td> <td>11,90 \$</td> <td>17,85 \$</td> </tr> <tr> <td>200-499,99 \$</td> <td>17,00 \$</td> <td>18,00 \$</td> </tr> <tr> <td>500-999,99 \$</td> <td>22,00 \$</td> <td>22,00 \$</td> </tr> <tr> <td>1 000-1 999,99 \$</td> <td>62,00 \$</td> <td>62,00 \$</td> </tr> <tr> <td>2 000-2 999,99 \$</td> <td>82,00 \$</td> <td>82,00 \$</td> </tr> <tr> <td>3 000-3 999,99 \$</td> <td>102,00 \$</td> <td>102,00 \$</td> </tr> <tr> <td>4 000-4 999,99 \$</td> <td>122,00 \$</td> <td>122,00 \$</td> </tr> <tr> <td>5 000-5 999,99 \$</td> <td>142,00 \$</td> <td>142,00 \$</td> </tr> <tr> <td>Égal ou supérieur à 6 000 \$</td> <td>162,00 \$</td> <td>162,00 \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Remarque : Les médecins qui délivrent des médicaments reçoivent un remboursement équivalent à 80 % des frais présentés dans le tableau ci-dessus</p>			Coût des ingrédients par ordonnance	Frais d'exécution d'ordonnance	Frais d'exécution d'ordonnance relatifs aux composantes	0,00-99,99 \$	9,40 \$	14,10 \$	100-199,99 \$	11,90 \$	17,85 \$	200-499,99 \$	17,00 \$	18,00 \$	500-999,99 \$	22,00 \$	22,00 \$	1 000-1 999,99 \$	62,00 \$	62,00 \$	2 000-2 999,99 \$	82,00 \$	82,00 \$	3 000-3 999,99 \$	102,00 \$	102,00 \$	4 000-4 999,99 \$	122,00 \$	122,00 \$	5 000-5 999,99 \$	142,00 \$	142,00 \$	Égal ou supérieur à 6 000 \$	162,00 \$	162,00 \$	En ce qui concerne les ordonnances, les frais s'élèvent à 10,62 \$ au maximum	<ul style="list-style-type: none"> Les honoraires pour le Children-in-Care, le programme de surveillance du diabète (médicaments pris par voie orale et bandelettes d'essai seulement), le programme d'aide financière, le programme pour cesser de fumer et le programme de lutte contre les MTS sont de 8,20 \$ pour les médicaments sur ordonnance, de 7,96 \$ pour les médicaments vendus sans ordonnance et de 12,30 \$ pour les mélanges extemporanés Les frais supplémentaires relatifs au Family Health 	<p>Honoraires 7,15 \$ du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2011</p> <p>Frais des préparations extemporanées 10,73 \$ du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2011. Ce montant s'applique aux mélanges qui contiennent trois ingrédients et plus. De plus, 10 cents par sachet-dose seront versés pour les ordonnances composées lorsque le pharmacien combine les sachets-doses.</p>	Les honoraires maximums sont de 8,75 \$	Le pharmacien peut facturer les frais d'ordonnance qui sont négociés entre le programme des SSNA et les associations de pharmaciens de plusieurs provinces et territoires. Les prix peuvent être différents d'une province ou d'un territoire à l'autre.
Coût des ingrédients par ordonnance	Frais d'exécution d'ordonnance	Frais d'exécution d'ordonnance relatifs aux composantes																																							
0,00-99,99 \$	9,40 \$	14,10 \$																																							
100-199,99 \$	11,90 \$	17,85 \$																																							
200-499,99 \$	17,00 \$	18,00 \$																																							
500-999,99 \$	22,00 \$	22,00 \$																																							
1 000-1 999,99 \$	62,00 \$	62,00 \$																																							
2 000-2 999,99 \$	82,00 \$	82,00 \$																																							
3 000-3 999,99 \$	102,00 \$	102,00 \$																																							
4 000-4 999,99 \$	122,00 \$	122,00 \$																																							
5 000-5 999,99 \$	142,00 \$	142,00 \$																																							
Égal ou supérieur à 6 000 \$	162,00 \$	162,00 \$																																							

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>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 \$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les frais supplémentaires relatifs aux médicaments onéreux pour la sclérose en plaques et aux autres médicaments onéreux sont de 7,5 % des coûts définis jusqu'à concurrence de 150 \$ • Les honoraires mensuels fixés par tête pour le Private Nursing Home Program sont de 51,59 \$ • Pas de frais maximum pour tous les autres programmes 			

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
Marge	Aucune	10 % pour les produits injectables et les articles de stomie et 2 % pour toutes les autres ordonnances	Voir Composantes des coûts d'ordonnance et Politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients	Frais supplémentaires maximums 10 % du coût défini (facturable seulement lorsque le coût défini excède 30 \$)	<ul style="list-style-type: none"> 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 différents secteurs de compétence. S'il existe des marges, le pharmacien les soumettra dans un champ distinct de la réclamation électronique. Les marges ne sont pas incluses dans le fichier des prix.
Politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients	La liste du PAM du plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick établit le montant maximum versé aux pharmaciens dans le cas de médicaments interchangeables et de certains médicaments à source unique	<p>Coût d'achat réel Le coût net pour le fournisseur après toutes les déductions liées aux rabais, aux remises, aux produits gratuits, etc. La marge ou le profit sur les achats ne sont pas compris dans le calcul du coût d'achat réel. Le coût net pour le fournisseur est défini en tant que coûts de l'ingrédient du médicament tablés sur la date d'achat et l'inventaire, et ce, même si les prix courants peuvent être inférieurs ou supérieurs une fois que le produit est délivré. Le calcul n'inclut pas les rabais pour règlement rapide (paiement dans les 15 jours jusqu'à concurrence de 2 %).</p> <p>Le PAM est le prix admissible maximal fixé par les programmes PharmaCare pour</p>	Le PEI Drug Program produit une liste des prix admissibles maximaux qui est publiée et distribuée aux pharmacies tous les mois. Pour ce qui est des produits ayant un prix admissible maximal, le coût des ingrédients est fondé sur le prix net du catalogue du fabricant du produit le moins coûteux d'une catégorie de produits interchangeables auquel on ajoute une marge bénéficiaire pouvant aller jusqu'à 5 %. Lorsqu'aucun prix admissible maximal n'est déterminé et que le fabricant est considéré comme un fournisseur direct, le coût est fondé sur le prix net du catalogue du fabricant. Lorsqu'aucun prix admissible maximal	<p>Depuis le 10 juillet 2007, il n'y a plus trois définitions pour expliquer le supplément du fabricant (prix courant, prix de gros et prix de gros soumissionné). Le remboursement sera celui indiqué dans la section sur les coûts définis.</p> <p>Les fournitures pour le diabète et l'insuline ne seront plus remboursées selon une marge brute de 33 1/3 %. Le remboursement sera celui indiqué dans la section sur les coûts définis.</p> <p>Les frais liés aux contraceptifs oraux seront remboursés selon les honoraires maximums (indiqués plus haut) plutôt qu'au prix précédent de 4,10 \$</p>	Les prestations relatives aux programmes d'assurance-médicaments du Yukon seront tablées sur la marque interchangeable la moins coûteuse selon les négociations avec la Pharmacy Society du Yukon. Les prix énumérés dans la liste sont tablés sur les prix de gros de McKesson.	<p>Les SSNA versent le montant fixé dans le fichier des prix créé et maintenu par l'organisme responsable du traitement des demandes pour le compte des SSNA. Voici les principes qui régissent le fichier des prix :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les SSNA verseront le montant équivalent lorsqu'un article figure dans la liste provinciale et la Liste des médicaments des SSNA Si un article ne figure que dans la liste des SSNA, le programme réglera la somme selon le prix courant d'un grossiste national. Il existe des exceptions dans les provinces de

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
		<p>une catégorie de médicaments interchangeables. Un PAM s'applique aux médicaments qui sont couverts par PharmaCare, qui ont des fournisseurs multiples et sont jugés interchangeables (p. ex. les médicaments de marque déposée et leurs équivalents génériques). Pour chaque catégorie interchangeable, un prix admissible maximal par unité (comprimé, gélule, millilitre, etc.) est établi en examinant les coûts de vente de chaque fabricant. Le PAM est fondé sur le prix le plus bas accordé à l'exploitant de la pharmacie, ce qui comprend les prix de commandes directes si l'exploitant de la pharmacie commande les produits directement à l'entreprise du fabricant. Les bénéficiaires qui souffrent d'effets secondaires causés par la solution moins coûteuse peuvent être exemptés du PAM. Le médecin prescripteur doit présenter une demande dans laquelle il décrit la réaction. Les demandes d'exemption ne seront pas prises en considération lorsqu'il existe un « ultragénérique » (c'est-à-dire lorsque le fabricant du médicament de marque produit son propre générique identique).</p>	<p>n'est déterminé et que le manufacturier n'est pas considéré comme étant un fournisseur direct, le coût est établi en fonction du prix net du catalogue du manufacturier auquel on ajoute une marge bénéficiaire pouvant aller jusqu'à 13 %.</p>			<p>l'Atlantique et au Québec.</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
		<p>Le PAM moins la déduction de PharmaCare est une réduction sur le PAM des 20 premières catégories (selon le coût) de génériques de sources multiples interchangeable facturés aux programmes PharmaCare. Les catégories de produits auxquelles s'applique la déduction de PharmaCare sont mises à jour deux fois par année en fonction de la liste de remboursement de PharmaCare et sont fondées sur l'utilisation au cours des six mois précédant les calculs liés à la liste de remboursement. La déduction de PharmaCare aux termes de l'entente concernant les tarifs est de 15 % depuis le 15 août 2007.</p> <p>Le PAM spécial est le prix admissible maximal spécial attribué à certains groupes de médicaments qui ont un effet thérapeutique semblable; à des services précis dont la couverture est établie; à certains formats de doses uniques et de livraison spéciale qui sont également disponibles dans des formats en vrac moins coûteux; et à certaines fournitures qui ont la même fonction</p>				

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
<p>Coordination des prestations (secteurs public et privé)</p>	<p>s.o.</p>	<p>A — 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.</p> <p>S — 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</p> <p>Voir la section Admissibilité — Groupe bénéficiaire</p>	<p>s.o.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foundation Plan — L'assureur privé reçoit la facture en premier. Le gouvernement se charge de régler le solde, pourvu que le montant soit inférieur au montant autorisé lorsqu'un bénéficiaire ne détient aucune assurance privée. • Access Plan — L'assureur privé reçoit la facture en premier. Le gouvernement se charge de régler le solde, pourvu que le montant soit inférieur au montant autorisé lorsqu'un bénéficiaire ne détient aucune assurance privée. • 65Plus Plan — L'assureur privé reçoit la facture en premier. Le gouvernement se charge de régler le solde, pourvu que le montant soit inférieur au montant autorisé lorsqu'un bénéficiaire ne détient aucune assurance privée. • Assurance Plan — L'assureur privé reçoit la facture en premier. Le gouvernement réglera un pourcentage du solde tel qu'établi 	<p>Pour tous les régimes du gouvernement du Yukon, les résidents doivent d'abord accéder aux régimes privés</p>	<p>Lorsque le bénéficiaire est couvert par un autre régime privé d'assurance-maladie, les réclamations doivent être soumises tout d'abord à ce dernier</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
				<p>par la quote-part calculée du bénéficiaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Select Needs Plan — La facture doit d'abord être soumise à l'assureur privé. Le gouvernement se charge de régler le solde, pourvu que le montant soit inférieur au montant que le gouvernement aurait versé si le bénéficiaire ne détient aucune assurance privée 		
<p>Coordination des prestations (au sein des secteurs de compétence)</p>	<p>s.o.</p>	<p>A — 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.</p> <p>Voir la section Admissibilité — Groupe bénéficiaire</p>	<p>s.o.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foundation Plan — Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant de recourir à ce régime • 65Plus Plan — Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant de recourir à ce régime • Access Plan — Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant de recourir à ce régime • Assurance Plan — Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant de recourir à ce régime • Select Needs Plan — Il faut utiliser d'autres régimes fédéraux avant de recourir à ce régime 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Lorsqu'un bénéficiaire doit d'abord soumettre sa réclamation au régime public d'assurance-maladie qui le couvre, le cas échéant</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
<p>Restrictions quant à la couverture</p>	<p>Les médicaments ne figurant pas dans 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</p> <p>Médicaments admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les médicaments figurant sur la liste des avantages nécessitant une autorisation spéciale doivent répondre à des critères précis pour être approuvés 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 <p>Médicaments non admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<p>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, ou le Cancer Systemic Therapy Policy Committee</p> <p>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 pharmacien clinicien. Les demandes seront généralement traitées dans un délai de sept jours.</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 de médicaments exceptionnels dure de deux à quatre 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 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 	<p>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.</p>	<p>Processus de demande</p> <ul style="list-style-type: none"> Seuls les médecins du Yukon peuvent demander un statut de médicaments exceptionnels Les demandes doivent être soumises par écrit Critères relatifs aux médicaments exceptionnels : se référer à « indemnité exceptionnelle » dans un délai de 30 jours 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 d'assurance-médicaments concerné pour l'aviser que le patient est actif. Le médicament exceptionnel sera couvert pendant 30 jours, à condition que le médicament figure dans la liste. Si le médicament nécessite une recommandation d'un spécialiste, le patient ne bénéficiera d'un 	<p>Il existe quatre types de médicaments à usage restreint :</p> <ul style="list-style-type: none"> médicaments à usage restreint qui ne nécessitent pas une autorisation préalable médicaments à usage restreint qui nécessitent une autorisation préalable (au moyen du formulaire de demande d'usage restreint) 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 <p>Dès la réception d'une ordonnance pour un « médicament à usage limité » ou pour un médicament ne figurant pas dans la Liste des médicaments du programme des SSNA, le pharmacien devra suivre les procédés établis pour</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
	<p>Les demandes d'autorisation spéciale doivent être soumises par écrit par un prescripteur à l'Unité d'autorisation spéciale du PMONB</p>	<p>de la non-satisfaction des critères ou du manque de renseignements.</p> <p>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</p> <p>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 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.</p>	<p>demandés ont été reçus</p>		<p>remboursement que si le spécialiste a fourni l'information nécessaire.</p>	<p>l'autorisation préalable en appelant le Centre des exceptions pour médicaments des SSNA de Santé Canada</p> <p>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 télécopieur, si possible. Le prescripteur doit remplir et faire parvenir au programme des SSNA le formulaire dûment rempli en utilisant le numéro de télécopieur sans frais indiqué sur le formulaire.</p> <p>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.</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
<p>Politique de remboursement</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 acheté d'une pharmacie au Nouveau-Brunswick 	<ul style="list-style-type: none"> 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 urgence ou autre, pour les ordonnances rédigées à l'extérieur du Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> Si le bénéficiaire a payé en espèces à la pharmacie, il aura jusqu'à six mois pour envoyer les reçus aux fins de remboursement 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Terre-Neuve-et-Labrador 65Plus Plan — Médicaments achetés dans la province seulement Select Needs Plan — Le régime s'applique uniquement aux prestations obtenues de la Health Sciences Centre Pharmacy de la Eastern Regional Health Authority. Les demandes de remboursement de l'extérieur de la 	<ul style="list-style-type: none"> 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 dans la liste. Les médicaments d'exception doivent être approuvés et les reçus peuvent être antidatés. Pas de paiement pour un reçu envoyé d'une adresse à l'extérieur du Yukon 	<ul style="list-style-type: none"> 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. Depuis le 1^{er} décembre 2009, ESI Canada administre le Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé (STRDPSS) pour les services pharmaceutiques couverts dans le cadre du programme des SSNA.

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
				<p>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.</p>		
<p>Divers</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Approvisionnement de 100 jours Approvisionnement de 35 jours pour les narcotiques ou les drogues contrôlés et les benzodiazépines, ou la limite établie par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) pour des médicaments en particulier <p>Limites quantitatives établies pour plusieurs produits énumérés en tant que prestations dans le PMONB</p>	<p>Quantité des prescriptions</p> <p>Approvisionnement jusqu'à concurrence de 100 jours si les médicaments sont prescrits</p> <p>Les bénéficiaires du Seniors' PharmaCare 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). 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</p>	<p>Approvisionnement quotidien maximal permis</p> <ul style="list-style-type: none"> Nursing Home Program : 35 jours Institutional Pharmacy Program : 35 jours AIDS/HIV Program : 60 jours Children-In-Care Program : 30 jours — médicaments réguliers; 60 jours — médicaments d'entretien <p>Remarque : Les ordonnances introduisant un médicament, le degré, la dose ou la forme dosifiée ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements</p> <ul style="list-style-type: none"> Cystic Fibrosis Program : 60 jours Diabetes Control 	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Approvisionnement de 90 jours Approvisionnement de 30 jours pour les narcotiques 	<p>Quantité des prescriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Les régimes d'assurance-médicaments respectifs paieront jusqu'à un maximum de 100 jours d'approvisionnement. Un intervalle de 75 jours doit séparer les périodes d'approvisionnement de 100 jours. Les médecins exerceront leur jugement professionnel pour déterminer le cours et la durée du traitement de leurs patients 	<p>Quantité des prescriptions</p> <p>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 l'intérêt de son patient, le médecin peut continuer à prescrire une quantité moindre avec des renouvellements à intervalles fixes. Depuis le</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>Program : 30 jours — insuline, 100 bandes réactives pour glycémie; 90 jours — médicaments pris par voie orale et bandelettes d'essai Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, la dose ou la forme dosifiée ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Family Health Benefit Program : 30 jours — médicaments réguliers; 60 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'indemnité restreinte Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, la dose ou la forme dosifiée ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des 			<p>9 septembre 2008, les ordonnances pour la plupart des médicaments pour maladies chroniques ne devraient toutefois pas être renouvelées avant 28 jours. Les SSNA réduiront les honoraires dans le cas de la plupart des médicaments pour maladies chroniques délivrés dans un intervalle de moins de 28 jours. Seulement 1/28 des frais d'exécution d'ordonnance seront payés en vertu du programme lié aux médicaments pour le traitement des maladies chroniques, si les demandes de remboursement sont soumises chaque jour.</p>

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>deux premiers renouvellements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financial Assistance Program : 30 jours — médicaments réguliers; 60 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'indemnité restreinte Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, la dose ou la forme dosifiée 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 — 			

Information relative aux politiques	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	DGSPNI
			<p>médicaments réguliers; 90 jours — médicaments d'entretien; 30 jours — médicaments assurés en vertu de l'indemnité restreinte</p> <p>Remarque : Les ordonnances concernant un médicament, le degré, la dose ou la forme dosifiée ne doivent pas excéder une prise de 30 jours dans le cas des deux premières ordonnances ou des deux premiers renouvellements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transplant Drugs Program : 60 jours • 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](#)

Glossaire

Veillez 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.

Catégorie	Terme	Définition
Admissibilité	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.
	Régime/programme	Programme fédéral, provincial ou territorial qui fournit une couverture pour les médicaments à un groupe de population. Les programmes ont des règles définies concernant l'admissibilité, le paiement, etc.
Participation aux coûts	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.
	Franchise	Montant des dépenses totales en médicaments qu'un bénéficiaire doit déboursier 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).

Catégorie	Terme	Définition
Information relative aux politiques	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.
	Frais professionnels	Montant à payer pour les services d'un dispensateur, tel qu'un pharmacien. Il peut également s'agir des frais d'ordonnance, des « frais composés » ou d'autres frais de services particuliers.
	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.
	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.

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.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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 978-1-55465-898-5 (PDF)

© 2011 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, 1^{er} janvier 2011*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System Database—Plan Information Document, January 1, 2011*.

ISBN 978-1-55465-897-8 (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

