



# Systeme national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

Document d'information sur les régimes

14 juillet 2017



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

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

Tous droits réservés.

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

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

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

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-624-9 (PDF)

© 2017 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes, 14 juillet 2017*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System Database — Plan Information Document, July 14, 2017*.

ISBN 978-1-77109-623-2 (PDF)

# Table des matières

Introduction .....	5
Résumé des changements majeurs (janvier 2016 à décembre 2017) .....	5
Initiative pancanadienne sur la tarification des médicaments génériques .....	5
Colombie-Britannique .....	6
Alberta .....	6
Saskatchewan .....	6
Manitoba .....	6
Ontario .....	7
Nouvelle-Écosse .....	7
Terre-Neuve-et-Labrador .....	7
Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits .....	8
Information sur les régimes ou programmes selon la province ou le territoire et la catégorie .....	8
Colombie-Britannique .....	8
Admissibilité .....	8
Participation aux coûts .....	10
Information sur les politiques .....	12
Alberta .....	18
Admissibilité .....	18
Participation aux coûts .....	20
Information sur les politiques .....	21
Saskatchewan .....	26
Admissibilité .....	26
Participation aux coûts .....	28
Information sur les politiques .....	29
Manitoba .....	34
Admissibilité .....	34
Participation aux coûts .....	35
Information sur les politiques .....	37
Ontario .....	39
Admissibilité .....	39
Participation aux coûts .....	40
Information sur les politiques .....	41

Nouveau-Brunswick .....	45
Admissibilité .....	45
Participation aux coûts .....	47
Information sur les politiques .....	50
Nouvelle-Écosse .....	54
Admissibilité .....	54
Participation aux coûts .....	56
Information sur les politiques .....	57
Île-du-Prince-Édouard .....	61
Admissibilité .....	61
Participation aux coûts .....	65
Information sur les politiques .....	66
Terre-Neuve-et-Labrador .....	72
Admissibilité .....	72
Participation aux coûts .....	73
Information sur les politiques .....	75
Yukon.....	79
Admissibilité .....	79
Participation aux coûts .....	80
Information sur les politiques .....	80
Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits .....	83
Admissibilité .....	83
Participation aux coûts .....	84
Information sur les politiques .....	84
Annexe 1 : Aperçu des politiques de tarification des médicaments génériques .....	88
Annexe 2 : Alliance pancanadienne pharmaceutique .....	90
Annexe 3 : Cadre pancanadien de tarification modulée .....	91
Annexe 4 : Glossaire.....	92

# Introduction

Le présent document fournit de l'information contextuelle sur les régimes publics fédéraux, provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments à l'échelle du Canada.

## Résumé des changements majeurs (janvier 2016 à décembre 2017)

### Initiative pancanadienne sur la tarification des médicaments génériques

**1<sup>er</sup> avril 2016** : Le prix des médicaments génériques suivants est limité à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Donépézil : médicament utilisé dans le traitement de la démence chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer
- Ézétimibe : médicament utilisé pour réduire la cholestérolémie
- Quétiapine : médicament utilisé dans le traitement des troubles psychotiques, notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires
- Zopiclone : médicament utilisé dans le traitement de l'insomnie

**1<sup>er</sup> avril 2017** : Une période de transition d'un an pour l'Initiative sur la tarification des médicaments génériques de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) entrera en vigueur à cette date. En vertu de l'entente de transition, le prix des molécules suivantes passera de 18 % à 15 % du prix de référence du médicament de marque :

- Atorvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Amlodipine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'angine
- Simvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Pantoprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastro-intestinaux
- Ramipril : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et d'autres troubles cardiovasculaires
- Clopidogrel : médicament utilisé pour inhiber l'agrégation plaquettaire et prévenir l'infarctus du myocarde

## Colombie-Britannique

**1<sup>er</sup> janvier 2016** : Les produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) vendus sans ordonnance admissibles dans le cadre du programme d'abandon du tabagisme de la Colombie-Britannique comprennent désormais certaines pastilles et certains inhalateurs.

**1<sup>er</sup> décembre 2016** : Le Reference Drug Program comprend 3 nouvelles catégories de médicaments : les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les statines.

**1<sup>er</sup> mars 2017** : La marge maximale pour certains médicaments onéreux contre l'hépatite C couverts par PharmaCare passe de 5 % à 2 %.

## Alberta

**1<sup>er</sup> avril 2016** : Le supplément admissible pour les ordonnances de produits composés achetées est passé de 6 % à 6,5 % (jusqu'à concurrence de 100 \$).

**1<sup>er</sup> avril 2017** : Le supplément admissible pour les ordonnances de produits composés achetées est passé de 6,5 % à 7 % (jusqu'à concurrence de 100 \$).

## Saskatchewan

**1<sup>er</sup> janvier 2016** : Pour être admissible au Seniors' Drug Plan pour l'année civile 2016, une personne âgée doit avoir eu un revenu net de 66 100 \$ ou moins en 2014.

**1<sup>er</sup> juin 2016** : La quote-part par ordonnance pour le Seniors' Drug Plan et le Children's Drug Plan est passée de 20 \$ à 25 \$.

**1<sup>er</sup> janvier 2017** : Les frais supplémentaires d'intégration des normes pancanadiennes de messagerie électronique pour les médicaments (CeRx), établis à 0,10 \$ par ordonnance pour les pharmacies intégrées, ont été éliminés.

## Manitoba

**1<sup>er</sup> avril 2016** : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,97 % et 6,73 % en 2015-2016, se situe entre 3,01 % et 6,81 % en 2016-2017.

**1<sup>er</sup> avril 2017** : Le taux de franchise, qui se situait entre 3,01 % et 6,81 % en 2016-2017, se situe entre 3,05 % et 6,90 % en 2017-2018.

## Ontario

**1<sup>er</sup> août 2016** : De nouveaux critères d'admissibilité selon le revenu ont été mis en place pour le Programme de la quote-part pour les personnes âgées à faible revenu offert dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Les personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net est d'au plus 19 300 \$ et les couples de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est d'au plus 32 300 \$ ne paient aucune franchise annuelle, mais paient une quote-part d'un maximum de 2 \$ par ordonnance.

**1<sup>er</sup> novembre 2016** : Les pharmaciens doivent désormais offrir un produit générique interchangeable, qui ne fait pas partie de la liste de médicaments assurés, aux bénéficiaires du PMO qui disposent d'une approbation ministérielle en vertu du Programme d'accès exceptionnel (PAE). Les pharmaciens sont remboursés pour le prix du produit générique dispensé.

## Nouvelle-Écosse

**1<sup>er</sup> avril 2016** : De nouvelles réductions et exemptions de cotisations fondées sur le revenu sont instaurées pour le Seniors' Pharmacare Program.

**1<sup>er</sup> avril 2016** : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour les articles de stomie, de 17,47 \$ à 17,62 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) et de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone).

**1<sup>er</sup> avril 2017** : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,75 \$ à 11,85 \$ pour les articles de stomie, de 17,62 \$ à 17,77 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) et de 11,75 \$ à 11,85 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone).

## Terre-Neuve-et-Labrador

**1<sup>er</sup> juillet 2016** : Le Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP) met en place une nouvelle politique sur les bandes réactives pour glycémie. Le nombre de bandes réactives admissibles par année, sans autorisation spéciale, est limité à un maximum de 2 500 pour les personnes qui prennent de l'insuline à action rapide, de 700 pour les personnes qui prennent de l'insuline à action prolongée, de 100 pour les personnes qui prennent des médicaments pour le diabète autres que l'insuline, et de 50 pour les personnes qui ne prennent ni insuline, ni aucun autre médicament pour le diabète.

## Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

**1<sup>er</sup> juin 2016** : Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) a modifié le paiement pour le traitement de la dépendance aux opioïdes en augmentant de 0,50 \$ le montant remboursé pour la méthadone. Le Suboxone et le Kadian ne sont plus assujettis à la Politique des frais d'exécution d'ordonnance à court terme du Programme des SSNA.

## Information sur les régimes ou programmes selon la province ou le territoire et la catégorie

### Colombie-Britannique

#### Admissibilité

##### Régimes ou programmes

- Fair PharmaCare (Plan I)
- Residential Care (Plan B)
- Income Assistance (Plan C)
- Cystic Fibrosis (Plan D)
- Children in the At Home Program (Plan F)
- Psychiatric Medications (Plan G)
- Medication Management (Plan M)
- Palliative Care (Plan P)
- HIV/AIDS (Plan X)
- Smoking Cessation Program (Plan S)

##### Information générale sur les bénéficiaires

Les bénéficiaires de tous les régimes doivent être résidents de la Colombie-Britannique. Pour les régimes I, D, F, G, P, X et S, les bénéficiaires doivent être couverts par le Medical Services Plan (MSP).

**Fair PharmaCare** : Regular Assistance : résidents nés en 1940 ou après; Enhanced Assistance : résidents nés en 1939 ou avant

**Residential Care** : résidents permanents d'un établissement autorisé de soins en hébergement qui figure sur la liste des établissements approuvés du régime B

**Income Assistance** : bénéficiaires de l'aide au revenu et de prestations médicales de la C.-B.

**Cystic Fibrosis** : personnes atteintes de fibrose kystique inscrites dans une clinique provinciale de fibrose kystique

**Children in the At Home Program** : enfants de 18 ans et moins avec un handicap grave non institutionnalisés, qui auraient autrement besoin de soins en établissement s'ils n'en recevaient pas à domicile

**Psychiatric Medications** : personnes qui démontrent des besoins cliniques et financiers pour certains médicaments psychiatriques, selon leur médecin ou infirmière praticienne

**Medication Management** : personnes nécessitant des services de gestion des médicaments admissibles (p. ex. services cliniques, services d'examen des médicaments et vaccination aux frais du secteur public) fournis par les pharmacies

**Palliative Care** : personnes ayant atteint les derniers stades d'une maladie mortelle et souhaitant recevoir des soins palliatifs à la maison

**HIV/AIDS** : personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection par le VIH et qui répondent aux critères cliniques de traitement du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS

**Smoking Cessation Program** : Les résidents de la Colombie-Britannique qui souhaitent arrêter de fumer et qui sont inscrits au régime Fair PharmaCare, au régime B, au régime C ou au régime G sont couverts pour certains médicaments prescrits pour l'abandon du tabac. Les résidents qui ne sont pas inscrits au régime PharmaCare sont couverts pour des produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) vendus sans ordonnance. Le patient et le pharmacien doivent tous deux signer un formulaire de déclaration.

### Autres critères d'admissibilité

**Fair PharmaCare** : il faut être couvert par le Medical Services Plan (MSP) de la Colombie-Britannique, avoir un numéro d'assurance sociale et avoir produit une déclaration de revenus pour l'année d'imposition en question (c.-à-d. celle d'il y a 2 ans). La couverture est fondée sur le revenu. Les familles dont le revenu net est plus faible bénéficient d'une couverture plus large que celles au revenu net plus élevé.

**Residential Care** : les bénéficiaires doivent être résidents permanents d'établissements de soins en hébergement autorisés, être inscrits au régime et recevoir des soins par l'intermédiaire de l'établissement.

**Income Assistance** : les bénéficiaires doivent être inscrits au MSP, être couverts par l'assurance maladie et recevoir une aide au revenu ou une aide aux personnes handicapées du ministère du Développement social et de l'Innovation sociale.

**Children in the At Home Program** : les bénéficiaires doivent être âgés de 18 ans et moins, être résidents de la C.-B., vivre avec un parent ou un tuteur, et être jugés dépendants dans au moins 3 des 4 activités de la vie quotidienne.

**Psychiatric Medications** : les patients doivent avoir reçu une ordonnance pour un médicament destiné au traitement de troubles mentaux et couvert au titre du régime, être admissibles aux cotisations subventionnées dans le cadre du MSP, et déclarer qu'ils n'ont pas d'autre assurance et que le coût du médicament est un obstacle. Le prescripteur doit attester que le patient sera hospitalisé ou subira de graves préjudices s'il ne prend pas le médicament.

**Palliative Care** : les bénéficiaires doivent avoir reçu un diagnostic de maladie ou d'affection fort probablement associé à une espérance de vie de moins de 6 mois. Les bénéficiaires souhaitent obtenir des soins palliatifs à domicile et consentent à des soins palliatifs plutôt qu'à des soins axés sur le traitement. Le médecin ou l'infirmière praticienne soumet une demande attestant que le patient répond aux critères énoncés ci-dessus. Les personnes inscrites au régime de soins en hébergement (Residential Care) ne sont pas admissibles à ce régime de soins palliatifs.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

**Fair PharmaCare** : une fois la franchise annuelle payée, 30 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal

**Fair PharmaCare Enhanced Assistance** : une fois la franchise annuelle payée, 25 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal

**Politique de paiement en totalité (pas de quote-part) :** si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare et que le plein prix du médicament ou du produit faisant l'objet de la demande de remboursement est couvert par le régime PharmaCare, une pharmacie n'est pas autorisée à percevoir 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 de Fair PharmaCare.

## Franchise

### Fair PharmaCare

Revenu familial net	Franchise approximative en pourcentage du revenu net
< 15 000 \$	0 %
15 000 \$ à 30 000 \$	2 %
> 30 000 \$	3 %

### Fair PharmaCare Enhanced Assistance

Revenu familial net	Franchise approximative en pourcentage du revenu net
< 33 000 \$	0 %
33 000 \$ à 50 000 \$	1 %
> 50 000 \$	2 %

Pour une famille inscrite à Fair PharmaCare dont le revenu ne peut être vérifié ou pour une personne inscrite au MSP, mais qui n'est pas inscrite au Fair PharmaCare, la franchise est de 10 000 \$.

## Cotisation maximale d'un bénéficiaire

### Fair PharmaCare

Revenu familial net	Maximum approximatif en pourcentage du revenu net
< 15 000 \$	2 %
15 000 \$ à 30 000 \$	3 %
> 30 000 \$	4 %

## Fair PharmaCare Enhanced Assistance

Revenu familial net	Maximum approximatif en pourcentage du revenu net
< 33 000 \$	1,25 %
33 000 \$ à 50 000 \$	2 %
> 50 000 \$	3 %

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Prix maximal** : les médicaments sont remboursés jusqu'à un prix maximal fixé selon le prix courant du fabricant plus une marge de 8 % (5 % ou moins pour les médicaments assujettis à la politique de remboursement des médicaments onéreux).

**Low-Cost Alternative (LCA) Program** : les prix de la LCA (solution à faible coût) sont fixés au prix courant maximal accepté pour les médicaments génériques d'une catégorie LCA plus une marge de 8 % (5 % ou moins pour les médicaments assujettis à la politique de remboursement des médicaments onéreux). Si un médicament est fabriqué et vendu par au moins 2 fabricants, PharmaCare couvre la version la moins coûteuse, c'est-à-dire la solution à faible coût.

**Reference Drug Program (RDP)** : le remboursement de certains médicaments de catégories thérapeutiques déterminées est limité au montant quotidien maximal. Le coût du médicament de référence est entièrement couvert. Les autres médicaments de la catégorie sont couverts partiellement, jusqu'à concurrence du montant quotidien maximal basé sur le coût du médicament de référence. Le RDP s'applique aux catégories de médicaments suivantes : antagonistes des récepteurs de l'histamine 2, dérivés nitrés, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et statines. Si un médicament du RDP est également inclus dans le LCA Program, le remboursement maximal pour cette catégorie de médicaments du RDP correspond au montant le plus petit entre celui du RDP et du LCA Program.

**Prix de détail** : certains produits (comme l'insuline, les aiguilles et les seringues, le matériel d'injection pour une pompe à insuline ainsi que les articles de stomie) sont remboursés au prix de détail régulier, sans frais d'exécution d'ordonnance.

**Coût d'achat réel (CAR)** : certains produits (comme les bandes réactives pour glycémie ainsi que les vitamines et suppléments nutritionnels pour la fibrose kystique) sont remboursés selon leur CAR, jusqu'à un prix maximal fixé d'après le prix courant du fabricant plus une marge de 7 %.

## Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

1<sup>er</sup> avril 2017 : Le prix des médicaments génériques est établi ainsi :

- 20 % du prix courant du médicament de marque équivalent pour les formes orales solides
- 35 % du prix courant du médicament de marque équivalent pour toutes les autres formes
- 18 % ou 15 % du prix courant du médicament de marque équivalent pour les médicaments assujettis à la tarification pancanadienne

## Honoraires : frais et services liés à un produit

**Frais d'exécution d'ordonnance** : maximum de 10 \$

**Trial Prescription Program** : la pharmacie peut soumettre une deuxième demande de remboursement pour les frais d'exécution de la portion non utilisée de l'ordonnance, une fois qu'il a été établi que le patient tolère le médicament (après 14 jours de traitement).

**Methadone Maintenance Program** — 1<sup>er</sup> février 2014 : Les pharmaciens sont remboursés pour la méthadone prescrite aux fins d'entretien à un taux de remboursement maximal de 0,162 \$/mL, plus les frais d'exécution d'ordonnance habituels, plus des frais d'interaction de 7,70 \$ pour chaque exécution d'ordonnance accompagnée d'une interaction directe avec le patient.

**Frequency of Dispensing Policy** : les frais d'exécution d'ordonnance et les frais d'interaction en vertu du Methadone Maintenance Payment Program ne peuvent être facturés qu'une seule fois par patient par jour (cas pour lesquels des frais d'interaction s'appliquent), peu importe les directives inscrites par le médecin sur l'ordonnance pour la prise du médicament.

Pour les médicaments délivrés chaque jour, PharmaCare couvre les frais d'exécution d'ordonnance une fois par médicament et par jour, jusqu'à concurrence de 3 fois. Pour les approvisionnements de 2 à 27 jours, PharmaCare couvre les frais d'exécution d'ordonnance une fois par médicament et par jour, jusqu'à concurrence de 5 fois.

**Taux pour la capitation** : les pharmacies qui délivrent des médicaments dans les établissements de soins de longue durée reçoivent 43,75 \$ par mois et par lit desservi.

**Rural Incentive Program** : une subvention par demande de remboursement (de 3,00 \$ à 10,50 \$) est versée aux pharmacies rurales qui participent au programme. Ce programme s'applique dans les situations où une pharmacie est la seule dans la collectivité, la prochaine pharmacie la plus près se trouve à au moins 25 km de distance et la pharmacie ne soumet pas plus de 1 700 demandes de remboursement par mois au régime PharmaCare.

**Administration des vaccins** : un montant de 10 \$ est versé pour chaque vaccin administré aux résidents de la Colombie-Britannique admissibles au programme de vaccination public, pourvu que le vaccin ait été administré par un pharmacien autorisé.

**Ordonnances composées** : frais fixes maximums par type de composé

- Solutions orales — 20 \$
- Suspensions orales — 20 \$
- Capsules — 0,30 \$ par capsule
- Suppositoires — 40 \$ (peut être calculé au prorata pour les personnes ayant reçu une autorisation spéciale)
- Pastilles — 40 \$ (peut être calculé au prorata pour les personnes ayant reçu une autorisation spéciale)
- Dispositif d'injections continues ambulatoire — 20 \$
- Injections intraveineuses (i.v.), intramusculaires (i.m.) et sous-cutanées (s.-c.) stériles — 20 \$
- Injections intrathécales — 40 \$
- Crèmes, onguents et lotions de 250 g/mL ou moins — 15 \$
- Crèmes, onguents et lotions de 251 g/mL ou plus — 20 \$
- Gouttes ophtalmiques stériles, sans agent de conservation — 30 \$

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

## **Honoraires : services cliniques**

### **Honoraires des services de pharmacie clinique**

- Renouvellement d'ordonnance — 10 \$
- Frais des changements — 10 \$
- Frais pour la substitution thérapeutique — 17,20 \$
- Le ministère prendra en charge un maximum de 2 frais de services cliniques par médicament par personne pour une période de 6 mois.

PharmaCare verse à une pharmacie un montant pour des services cliniques lorsqu'un pharmacien renouvelle ou adapte une ordonnance pour un résident de la Colombie-Britannique. Aucun montant n'est facturé aux résidents pour ces services.

## Services d'examen des médicaments

- Standard — 60 \$
- Consultation avec le pharmacien — 70 \$
- Suivi — 15 \$ (maximum de 4 par année)
- Un examen standard ou une consultation du pharmacien tous les 6 mois
- Les bénéficiaires qui prennent au moins 5 médicaments admissibles différents qui ont été classés dans PharmaNet dans les 6 derniers mois, et qui ont un besoin clinique de ce service
- Une seule demande de remboursement peut être effectuée pour chaque rendez-vous

**Frais de services particuliers :** Refus de remplir une ordonnance — jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance maximaux

Le montant maximum remboursé est fixé à 70 \$ pour des services d'examen de médicaments combinés, des services cliniques ou l'administration de vaccins pour un même patient, le même jour, par la même pharmacie.

## Marge des pharmacies

- Maximum pour la plupart des médicaments : 8 %
- Maximum pour la plupart des médicaments onéreux<sup>i</sup> : 5 %
- Produits assujettis au maximum du CAR : 7 %

Le 1<sup>er</sup> mars 2017, la marge maximale pour certains médicaments contre l'hépatite C couverts par PharmaCare est passée de 5 % à 2 %.

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

PharmaCare ne couvre pas les résidents de la C.-B. couverts par les autres lois ou régimes énoncés à l'article 6 de la partie 2 du Drug Plans Regulation 73/2015 (ministère des Anciens Combattants, Forces armées, commission des accidents du travail, programme fédéral des Services de santé non assurés).

PharmaCare est le premier payeur et le régime privé d'assurance, le deuxième.

---

i. Médicaments onéreux : ceux pour lesquels les coûts quotidiens (posologie habituelle) sont de 40 \$ et plus (coûts annuels de 14 600 \$).

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Les demandes d'autorisation spéciale sont remplies par les médecins et évaluées sur une base individuelle selon les critères établis.

Aucune assurance rétroactive

## Politique de remboursement

PharmaCare rembourse au fournisseur tout montant payable dans les 30 jours suivant la décision concernant la demande de remboursement soumise au nom du bénéficiaire.

La province ne rembourse pas la plupart des achats faits à l'extérieur.

## Divers

**Quantité de médicaments prescrits :** PharmaCare couvre tous les médicaments prescrits jusqu'à concurrence de 30 jours d'approvisionnement (pour les ordonnances à court terme et les ordonnances émises pour la première fois relativement aux médicaments de la phase d'entretien à long terme) ou de 100 jours (pour le renouvellement de médicaments prescrits destinés à un usage à long terme).

Il existe des exonérations pour l'approvisionnement de 30 jours pour les patients inscrits au régime B, les consommateurs dans les régions rurales ou éloignées et les ordonnances visées par le Trial Prescription Program (pour un essai de 14 jours).

**Quantités maximales des bandes réactives pour glycémie — 1<sup>er</sup> janvier 2015 :** Les quantités maximales annuelles dépendent de la catégorie du traitement pour le diabète du bénéficiaire :

- insulino-dépendant — 3 000 bandes par an
- traitement par des médicaments associés à un risque élevé d'hypoglycémie — 400 bandes par an
- traitement par des médicaments associés à un faible risque d'hypoglycémie — 200 bandes par an
- traitement par l'alimentation ou le style de vie — 200 bandes par an

**Approvisionnement pour un voyage :** PharmaCare couvre l'approvisionnement de médicaments pour les voyages à l'extérieur de la province jusqu'à concurrence de l'approvisionnement permis par PharmaCare. Un patient peut demander un approvisionnement pour un voyage à l'extérieur de la province une fois tous les 6 mois (180 jours). Les patients sont tenus de signer un formulaire de déclaration de voyage de PharmaCare et la pharmacie est tenue de conserver ce formulaire dans ses dossiers pendant la durée normale de conservation des dossiers spécifiée par le College of Pharmacists of British Columbia.

**Abandon du tabac** : les résidents admissibles de la Colombie-Britannique qui souhaitent arrêter de fumer ou cesser d'utiliser tout autre produit du tabac sont couverts pour l'**une** des 2 options de traitement. Chaque année civile, les résidents sont couverts pendant un maximum de 12 semaines continues ou 84 jours consécutifs **soit** pour un médicament prescrit pour l'abandon du tabac — bupropion ou varénicline (pour les personnes inscrites au régime Fair PharmaCare, au régime B, au régime C ou au régime G uniquement) — **soit** pour des produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) vendus sans ordonnance — gommes, pastilles, inhalateurs et timbres (pour tous les résidents de la Colombie-Britannique, même s'ils n'ont pas d'ordonnance ou qu'ils ne sont pas inscrits au régime PharmaCare).

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site de [British Columbia PharmaCare](#).

# Alberta

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Seniors
- Widows
- Palliative
- Non-Group
- Rare Diseases Drug Program
- Outpatient Cancer Drug Benefit Program
- Specialized High-Cost Drug Program
- Disease Control and Prevention
- Diabetic Supply Coverage
- Insulin Pump Therapy Program
- Programmes des services de santé pour les personnes à faible revenu

### Information générale sur les bénéficiaires

**Seniors** : résidents âgés de 65 ans et plus, ainsi que les personnes à charge admissibles

**Widows** : résidents âgés de 55 à 64 ans qui étaient admissibles jusqu'en 2004 à la Pension de l'Alberta aux personnes veuves, et personnes à charge admissibles

**Palliative** : résidents en soins palliatifs traités à domicile

**Non-Group** : résidents âgés de moins de 65 ans et personnes à charge admissibles

**Rare Diseases Drug Program** : résidents qui satisfont aux critères cliniques d'un médicament (publié sur la liste) destiné au traitement d'une maladie rare, et qui ne présentent pas d'autre maladie sérieuse (autre que la maladie rare) susceptible de réduire leur espérance de vie

**Outpatient Cancer Drug Benefit Program** : résidents qui doivent prendre certains médicaments de traitement direct du cancer

**Specialized High-Cost Drug Program** : résidents qui doivent prendre des médicaments utilisés dans le cadre d'interventions et de traitements hautement spécialisés, comme les transplantations, le VIH, la fibrose kystique, un déficit en hormone de croissance humaine, l'hypertension pulmonaire primaire et la dégénérescence maculaire

**Disease Control and Prevention** : résidents qui doivent prendre des médicaments d'ordonnance pour le traitement de la tuberculose et des maladies transmissibles sexuellement

**Diabetic Supply Coverage** : résidents qui prennent de l'insuline pour le traitement de leur diabète

**Insulin Pump Therapy Program** : résidents qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 et qui sont suivis par un médecin ou une infirmière praticienne

### **Programmes de services de santé pour les personnes à faible revenu**

- **Income Support** : résidents qui n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins de base
- **Alberta Adult Health Benefit** : résidents à faible revenu
- **Assured Income for the Severely Handicapped (AISH)** : résidents de 18 à 64 ans ayant une déficience permanente qui affecte grandement leur capacité à gagner leur vie
- **Alberta Child Health Benefit** : enfants des familles à faible revenu

### **Autres critères d'admissibilité**

**Seniors** : pour s'inscrire, les personnes âgées doivent remplir une déclaration tenant lieu de preuve d'âge que leur envoie par la poste le ministère de la Santé de l'Alberta. L'inscription au Régime d'assurance maladie de l'Alberta (Alberta Health Care Insurance Plan — AHCIP) est exigée.

**Palliative** : le patient est inscrit à l'AHCIP, a reçu de son médecin un diagnostic de maladie nécessitant des soins palliatifs et reçoit le traitement à domicile.

**Non-Group** : la personne est inscrite à l'AHCIP, a moins de 65 ans et n'est pas admissible à la pension de l'Alberta aux personnes veuves et n'a aucune cotisation arriérée en vertu du régime.

**Rare Diseases Drug Program** : les résidents doivent avoir souscrit un régime public d'assurance et

- être inscrits à l'AHCIP depuis au moins 5 ans sans interruption;
- s'ils sont âgés de moins de 5 ans, leurs parents ou tuteurs doivent être inscrits à l'AHCIP depuis au moins 5 ans sans interruption;
- s'ils ont déménagé d'une autre province canadienne, avoir été couverts par le régime de cette province pour ces médicaments.

**Outpatient Cancer Drug Benefit Program** : la personne doit être résidente de l'Alberta, être inscrite à l'AHCIP, figurer sur le registre du cancer et avoir besoin de médicaments pour le traitement d'un cancer.

**Specialized High-Cost Drug Program** : la personne doit être résidente de l'Alberta, être inscrite à l'AHCIP et avoir besoin d'un médicament onéreux pour le traitement d'une maladie admissible en vertu du programme.

**Diabetic Supply Coverage** : la personne doit prendre de l'insuline pour le traitement de son diabète et être inscrite à l'un des régimes de services de santé complémentaires de l'Alberta.

## Participation aux coûts

### Cotisation

#### Non-Group

- Célibataire : 63,50 \$ par mois
- Famille : 118,00 \$ par mois

Des tarifs subventionnés sont offerts aux résidents à faible revenu de l'Alberta; ils sont calculés en fonction du revenu imposable combiné du bénéficiaire et de son partenaire (le cas échéant). Ces tarifs sont les suivants :

- célibataire — revenu inférieur à 20 970 \$ : 44,45 \$ par mois
- famille (sans enfant) — revenu inférieur à 33 240 \$ : 82,60 \$ par mois
- famille (avec enfants) — revenu inférieur à 39 250 \$ : 82,60 \$ par mois

### Quote-part et coassurance

**Régimes Seniors, Widows, Palliative et Non-Group** : quote-part équivalant à 30 % du coût de l'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$. Ce montant maximal peut être dépassé si le médicament ne figure pas sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta, si un médicament de marque plus coûteux que le produit générique ou que la solution la moins coûteuse est demandé, ou si le coût du médicament de marque demandé est supérieur au coût maximal établi par Santé Alberta pour ce médicament.

### Franchise

Aucune

### Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Palliative** : le maximum à vie qu'un Albertain admissible inscrit au programme peut avoir à déboursé est de 1 000 \$.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Solution la moins coûteuse (SMC) :** le plus bas prix fixé pour un médicament d'une série de produits pharmaceutiques interchangeables. Les bénéficiaires qui optent pour des produits plus chers doivent payer la différence.

**Coût maximal admissible (CMA) :** le coût unitaire maximum établi pour un produit pharmaceutique particulier ou un groupe de produits pharmaceutiques

**Prix courant du fabricant (PCF) :** le prix par unité d'un médicament, d'un produit pharmaceutique ou d'un produit figurant sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta. Les prix fixés sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta incluent une marge du grossiste allant jusqu'à 7,5 % si le fabricant de médicaments passe par un grossiste. Cette règle s'applique aux produits à fournisseurs exclusifs et interchangeables.

**Prix de base :** le prix à l'unité d'un produit pharmaceutique est publié sur la liste de prix des médicaments de Croix Bleue Alberta. Le prix de base s'applique aux produits pharmaceutiques qui ne figurent pas sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta.

**Règles sur l'établissement des prix fixes :** un système de tarification à niveaux est en place pour les médicaments interchangeables en fonction du nombre de produits inclus dans ce nouveau groupe de médicaments interchangeables. Dans le cas d'un médicament interchangeable listé ou en voie de l'être dans un groupe de médicaments interchangeables, le prix fixe doit être le moins élevé des suivants :

- le prix le moins élevé publié au Canada;
- la SMC (là où la politique de la SMC s'applique) ou le prix soumis (là où la politique de la SMC ne s'applique pas);
- le prix courant le plus récent figurant sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta.

**Règles sur l'établissement des prix variables :** le prix confirmé d'un médicament de marque ou d'un autre médicament doit être le moins élevé des suivants :

- le prix inférieur ou égal au prix précédent du produit figurant sur la liste la plus récente des médicaments couverts de Santé Alberta (peut inclure une augmentation inférieure ou égale au changement en pourcentage annuel moyen de l'an précédent de l'indice des prix à la consommation du Canada);
- le prix soumis lorsque le produit pharmaceutique ne figurait pas sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta;

- le prix précédent figurant sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta, plus une augmentation inférieure ou égale aux directives du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), qui serviront à déterminer les augmentations de prix acceptables, jusqu'à un maximum de 5 %.

### **Règles sur l'établissement du prix des médicaments parentéraux offerts sous forme**

**solide** : le prix confirmé d'un médicament de marque, d'un médicament interchangeable ou d'un autre médicament doit être le moins élevé des suivants :

- le prix le moins élevé publié au Canada;
- le prix soumis;
- la SMC (s'il y a lieu);
- le prix courant le plus récent figurant sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta.

**Transitional Period Price Policy** : en certaines circonstances, le ministère peut établir une période de transition allant jusqu'à 30 jours avant d'offrir un avantage temporaire ou de rembourser un produit pharmaceutique.

### **Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)**

1<sup>er</sup> mai 2013 : Le prix des médicaments génériques est fixé à 18 % du prix des médicaments de marque. La politique de prix s'applique aux secteurs public et privé. De plus, le prix de certaines molécules génériques est fixé à 15 % par l'Initiative sur la tarification des médicaments génériques de l'APP.

### **Honoraires : frais et services liés à un produit**

**Frais d'exécution d'ordonnance** : du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2018 — frais de 12,30 \$ applicables à tous les produits pharmaceutiques, sauf les produits composés et les fournitures pour diabétiques.

**Frais liés aux produits composés** : pour les ordonnances de produits composés préparés en pharmacie, le coût de l'ordonnance correspond au coût agrégé de tous les ingrédients plus un supplément de 7,5 %, plus des frais d'exécution d'ordonnance de 18,45 \$. Pour les ordonnances de produits composés achetées, le coût correspond au prix d'achat agrégé, plus le supplément admissible (7 % jusqu'à concurrence de 100 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017), plus des frais d'exécution d'ordonnance de 12,30 \$.

### **Frais d'évaluation des médicaments**

- Mise à l'essai d'une pharmacothérapie — 20 \$
- Refus de remplir une ordonnance — 20 \$
- Administration d'un médicament par injection — 20 \$
- Adaptation des ordonnances — 20 \$
- Renouvellement d'une ordonnance — 20 \$
- Urgence liée à un médicament — 20 \$
- Début d'une pharmacothérapie — 25 \$
- Administration d'un vaccin — jusqu'à 20 \$

### **Honoraires : services cliniques**

#### **Comprehensive Annual Care Plans (CACP)**

- Le patient doit avoir des besoins complexes.
- Le patient doit présenter au moins 2 affections chroniques du groupe A ou une affection du groupe A et au moins un facteur de risque du groupe B.
- Suivi : selon l'évaluation professionnelle d'un pharmacien, le patient sera admis à l'hôpital ou obtiendra son congé dans un délai de 14 jours civils, ou un médecin a fait une demande de consultation. Un autre pharmacien ou une autre pharmacie n'ayant pas effectué l'évaluation peut demander un suivi, à condition de détenir une copie des CACP.

Groupe A (maladie chronique) : maladie hypertensive, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique et insuffisance rénale chronique

Groupe B (facteurs de risque) : troubles de santé mentale, tabagisme, obésité, toxicomanie

#### *Frais des CACP*

- 100 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 20 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par un pharmacien clinicien
- 125 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 25 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par un pharmacien clinicien ayant une autorisation de prescription élargie

**Standard Medication Management Assessment (SMMA)** : patients qui ne répondent pas aux critères des CACP. Les patients doivent être atteints d'une maladie chronique et prendre au moins 3 médicaments de l'annexe 1; ils doivent être atteints de diabète sucré et prendre au moins un médicament de l'annexe 1 ou de l'insuline; ou encore ils doivent consommer un produit du tabac chaque jour et être disposés à recevoir des services pour l'abandon du tabac.

L'examen des médicaments peut être effectué une fois par année. Les suivis peuvent servir à mettre à jour la SMMA et le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), s'ils sont demandés par un médecin ou un pharmacien ou dans le cadre d'une admission à l'hôpital ou d'une sortie dans un délai de 14 jours civils.

#### *Frais de la SMMA*

- 60 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 20 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par un pharmacien clinicien
- 75 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 25 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par un pharmacien clinicien ayant une autorisation de prescription élargie

## Marge des pharmacies

1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2018

	2014	2015	2016	2017
Supplément admissible 1	3 %	3 %	3 %	3 %
Supplément admissible 2*	5,5 %	6 %	6,5 %	7 %

#### Remarque

\* Supplément 2 : maximum de 100 \$.

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

Santé Alberta autorise la coordination des prestations entre les régimes d'assurance non collectifs de la Croix Bleue de l'Alberta et les régimes privés d'assurance. Le paiement est partagé conformément aux consignes de coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Une autorisation doit être accordée au préalable par la Croix Bleue de l'Alberta pour que la couverture soit assurée par une autorisation spéciale. La date d'effet des autorisations spéciales approuvées est le début du mois au cours duquel la Croix Bleue de l'Alberta a reçu la demande du médecin.

Les autorisations spéciales sont accordées pour une période précise, comme l'indique chaque critère applicable d'une autorisation spéciale pour un produit pharmaceutique (période d'approbation). S'il est nécessaire de poursuivre le traitement au-delà de la période d'approbation, il incombe au patient et au médecin de présenter une nouvelle demande d'assurance avant la date d'échéance de la période approuvée, sauf s'il existe un processus de renouvellement automatique ou un processus graduel d'approbation du traitement.

Pour qu'un médicament soit assuré sous réserve d'une autorisation spéciale, il doit être couvert par Santé Alberta en vertu de critères précis et doit être utilisé parce que les autres médicaments qui figurent sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta sont contre-indiqués ou inappropriés pour le traitement de l'affection clinique du patient.

## Politique de remboursement

Les bénéficiaires peuvent réclamer un remboursement lorsqu'ils paient de leur poche.

Ils peuvent également demander un remboursement s'ils achètent le médicament d'une autre province ou d'un autre pays; toutefois, l'assurance est limitée aux prestations comparables sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta au moment de la prestation de service. Les demandes doivent être reçues dans les 12 mois suivant la date de prestation du service.

## Divers

**Quantité de médicaments prescrits :** les régimes pour les personnes âgées, pour les personnes veuves, pour les soins palliatifs et pour le régime non collectif ne limitent pas la quantité de médicaments prescrits. Dans la plupart des cas, Santé Alberta ne paie pas pour plus de 100 jours d'approvisionnement d'un médicament à la fois. Les médicaments d'entretien ou de traitement au long cours qui figurent dans les classes thérapeutiques suivantes doivent être fournis pour 100 jours :

- anticoagulants
- anticonvulsivants
- digitale et glucosides digitaliques
- agents hypoglycémiantes
- médicaments pour la thyroïde
- vitamines
- contraceptifs oraux
- médicaments antihypertenseurs
- œstrogènes conjugués
- médicaments antiarthritiques

**Diabetic Supply Coverage :** couverture d'un montant maximum de 600 \$ par année pour des fournitures pour diabétiques, ce qui comprend des bandes réactives pour glycémie, des bandelettes urinaires, des lancettes, des seringues et des aiguilles

**Source :** Pour en savoir plus, visitez le site de [Santé Alberta](#).

# Saskatchewan

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Family Health Benefits
- Income Supplements
- Seniors Drug Plan
- Special Support Program
- Palliative Care Program
- Emergency Assistance for Prescription Drugs
- Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL)
- Supplementary Health Benefits
- Children's Drug Program
- Saskatchewan Insulin Pump Program

### Information générale sur les bénéficiaires

**Family Health Benefits** : familles à faible revenu avec au moins un enfant de moins de 18 ans vivant avec ses parents ou tuteurs. Les familles admissibles doivent répondre aux normes d'une évaluation des revenus réalisée par l'Agence du revenu du Canada ou recevoir un supplément à l'emploi dans le cadre du Saskatchewan Employment Supplement (SES) ou un supplément pour logement locatif dans le cadre du Saskatchewan Rental Housing Supplement (SRHS) du ministère des Services sociaux.

Nombre d'enfants de moins de 18 ans	Revenu familial net de l'année précédente
1 à 3	< 29 291 \$
4 à 10	Supplément de 1 392 \$ par enfant additionnel
11 à 15	Supplément de 2 457 \$ par enfant additionnel jusqu'à 51 313 \$

**Income Supplements** : résidents qui sont admissibles au Supplément de revenu garanti (SRG) du gouvernement fédéral et au Seniors' Income Plan (SIP) de la Saskatchewan

**Seniors Drug Plan** : résidents âgés de 65 ans et plus qui ont fait une demande et qui sont admissibles en raison de leur revenu

**Special Support Program** : résidents dont le coût des médicaments est élevé comparativement à leur revenu et qui sont admissibles en raison de leur revenu. Ce programme est offert aux personnes dont les frais annuels en médicaments d'ordonnance dépassent 3,4 % de leur revenu annuel rajusté. Dans le cadre du programme, on rajuste le revenu familial en déduisant un montant de 3 500 \$ par enfant à charge de moins de 18 ans.

**Palliative Care Program** : résidents qui sont au stade terminal d'une maladie et dont la durée de vie se mesure en mois, pour lesquels il n'existe aucune option thérapeutique appropriée pour guérir la maladie ou prolonger la vie, et qui ont besoin de soins pour préserver une certaine qualité de vie

**Emergency Assistance for Prescription Drugs** : les résidents qui ont besoin d'un traitement immédiat à l'aide de médicaments d'ordonnance couverts et qui ne sont pas en mesure d'assumer leur part des coûts peuvent avoir droit à l'aide d'urgence une seule fois. Le niveau de l'aide fournie est proportionnel à la capacité de paiement du consommateur. La personne peut obtenir jusqu'à un mois d'approvisionnement en médicaments couverts et doit ensuite remplir et soumettre une « demande de soutien spécial » au régime pour recevoir à nouveau de l'aide.

**Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL)** : les résidents atteints de maladies invalidantes, d'incapacités physiques et de maladies chroniques peuvent être admissibles à des prestations dans le cadre de divers programmes universels ou spéciaux (p. ex. programmes sur la paraplégie, la fibrose kystique et l'insuffisance rénale chronique au stade terminal, programme d'appareils pour stomisés, programme sur l'hémophilie, programme d'aide aux personnes aveugles et programme sur les pompes à insuline). Le résident doit être orienté vers le service par un professionnel de la santé autorisé. Sauf autorisation préalable du ministère de la Santé de la Saskatchewan, le service doit être obtenu en Saskatchewan et la personne ne doit pas être admissible aux services de tout autre organisme gouvernemental.

**Supplementary Health Benefits** : pupilles de l'État, détenus des établissements correctionnels provinciaux, résidents d'un établissement de soins admissibles au SIP et personnes inscrites à certains programmes de soutien du revenu. Il y a 3 régimes d'assurance médicaments supplémentaires :

- Tous les régimes : les personnes de moins de 18 ans bénéficient d'ordonnances sans frais.
- Régime 1 : les adultes ne paient pas plus de 2 \$ par ordonnance.
- Régime 2 : les bénéficiaires adultes du régime 1 ayant besoin de divers médicaments à long terme peuvent être admissibles à des ordonnances sans frais. Le médecin ou le pharmacien peut faire la demande.
- Régime 3 : les ordonnances sont reçues sans frais. Le régime vise les bénéficiaires du SIP qui résident dans des centres de soins spéciaux. Des personnes vivant dans des foyers et foyers de groupes approuvés peuvent aussi être admissibles. En plus des prestations du régime 2, les bénéficiaires peuvent obtenir gratuitement certains médicaments d'ordonnance supplémentaires.

**Children's Drug Program** : les résidents âgés de 14 ans et moins sont automatiquement admissibles à ce régime.

**Saskatchewan Insulin Pump Program** : résidents âgés de 25 ans et moins qui sont atteints de diabète de type 1 et qui ont besoin d'une pompe pour stabiliser adéquatement leur glycémie. Ces résidents ne doivent pas être admissibles à des prestations dans le cadre d'un régime du gouvernement fédéral.

## Autres critères d'admissibilité

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 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.

Les résidents peuvent être admissibles et couverts en vertu de plus d'un programme à la fois. La meilleure couverture est appliquée au moment de remplir une ordonnance.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

**Special Support Program** : le montant de la quote-part est déterminé par le montant des frais de médicaments de la famille qui dépasse 3,4 % du revenu familial combiné et ajusté. La famille paie une portion de chaque ordonnance pour réduire sa part des frais de médicaments et étendre le coût sur la période de couverture de 6 mois.

**Seniors' Drug Plan** : les personnes âgées paient un maximum de 25 \$ par ordonnance; aucuns frais pour les personnes âgées bénéficiaires du SAIL ou du Palliative Care Program

**Bénéficiaires du SIP ou du SRG** : 35 %, une fois la franchise versée; possibilité de demander une couverture calculée selon le revenu

**Family Health Benefits** : 35 % une fois la franchise versée; toutefois, aucune quote-part pour les enfants âgés de moins de 18 ans

### **Supplementary Health Benefits**

- Moins de 18 ans : aucune
- Régime 1 : maximum de 2 \$ par produit d'ordonnance assuré
- Régime 2 : le bénéficiaire peut être admissible à des ordonnances sans frais
- Régime 3 : aucune

**Children's Drug Plan** : les familles paient un maximum de 25 \$ par ordonnance

### **Franchise**

#### **Bénéficiaires du SRG**

- Si le bénéficiaire vit dans la collectivité : franchise semi-annuelle de 200 \$
- Si le bénéficiaire vit dans un centre de soins spéciaux : franchise semi-annuelle de 100 \$

#### **Bénéficiaires du SIP**

- Franchise semi-annuelle de 100 \$

#### **Family Health Benefits**

- Franchise familiale semi-annuelle de 100 \$

Les franchises peuvent être réduites pour les personnes admissibles à une couverture pour médicaments supplémentaire par l'intermédiaire du programme de soutien spécial.

## **Information sur les politiques**

### **Prix des ingrédients**

**Solution la moins coûteuse (SMC)** : les prestations sont établies en fonction du produit de marque interchangeable le moins coûteux indiqué dans la liste de médicaments.

**Coût maximal admissible (CMA)** : prix maximum couvert par le régime d'assurance médicaments dans le cas de médicaments aux propriétés médicinales similaires.

**Coût d'achat réel (CAR)** : le coût des ingrédients, à moins qu'il ne soit déterminé autrement (c.-à-d. SMC, CMA), est calculé en fonction du coût réel des ingrédients d'un produit pharmaceutique, y compris tout rabais reçu pour un produit acheté.

**Saskatchewan Insulin Pump Program** : le programme paie le CAR jusqu'à concurrence du prix courant maximal des pompes à insuline indiqué dans la liste de médicaments.

Les fabricants de médicaments de marque doivent entamer un processus de proposition de prix et doivent garantir le prix de leurs produits pendant l'exercice (d'avril à mars).

## **Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)**

1<sup>er</sup> avril 2015 : Le prix des médicaments génériques (à quelques exceptions près, y compris les molécules dont le prix est établi à 18 % ou à 15 % du prix des médicaments de marque au Canada) est établi comme suit :

- Formes orales solides — 25 % du prix du médicament de marque
- Autres formes — 35 % du prix du médicament de marque

## **Honoraires : frais et services liés à un produit**

**Frais d'exécution d'ordonnance** — 1<sup>er</sup> septembre 2015 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux sont de 11,40 \$.

**Fourniture de médicaments à titre d'essai** : certains médicaments précis peuvent faire l'objet d'un essai pendant 7 ou 10 jours. Le pharmacien doit ensuite faire un suivi. Les honoraires professionnels habituels (jusqu'à concurrence de 11,40 \$) sont payés pour la quantité d'essai. Si le patient poursuit le traitement, aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés pour la portion non utilisée de l'ordonnance. Toutefois, un autre mode de paiement est accordé (7,50 \$), même si cette portion de l'ordonnance n'est pas délivrée. Les renouvellements subséquents sont assujettis aux remboursements habituels.

**Méthadone** : les frais associés à la méthadone sont de 3,50 \$ par jour (24,50 \$ par semaine) et remboursés seulement pour les interactions en personne entre le patient et le pharmacien.

**Traitement sous observation directe** : les frais associés aux traitements sous observation directe sont de 3,50 \$ par jour (24,50 \$ par semaine) et versés lorsque le médicament approuvé pour le traitement de l'hépatite C est administré sous les yeux du pharmacien. Médicaments approuvés en date du 1<sup>er</sup> avril 2015 : Sovaldi et Harvoni. Médicaments approuvés en date du 1<sup>er</sup> avril 2017 : Daklinza, Epclusa, Sunvepra et Zepatier.

**Système d'emballage aux fins d'observance** : 6,25 \$ pour un approvisionnement de 7 jours (25 \$ pour un approvisionnement de 28 jours ou 31,25 \$ pour un approvisionnement de 35 jours)

**Préparations magistrales** : 0,75 \$/minute jusqu'à concurrence de 60 minutes; maximum de 20 minutes pour la plupart des composés de méthadone

**Agents d'analyse d'urine** : aucuns frais admissibles

**Saskatchewan Insulin Pump Program** : aucuns frais admissibles

Les frais supplémentaires d'intégration des normes CeRx, établis à 0,10 \$ par ordonnance pour les pharmacies intégrées, ont été éliminés le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## Honoraires : services cliniques

**Ordonnance pour contraceptifs d'urgence** : frais d'exécution d'ordonnance équivalant à 2 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel en plus du coût et des frais habituels pour le produit administré

**Refus d'exécuter** : liste précise de médicaments; possibilité de facturer 1,5 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel de la pharmacie

### Frais de soins continus

- Bilan comparatif des médicaments pour les clients qui sont transférés d'un établissement à un centre communautaire — 1,5 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel de la pharmacie

### Saskatchewan Medication Assessment Program

- Évaluation des médicaments — une fois par année, frais d'évaluation du médicament jusqu'à concurrence de 60 \$ par personne et par an
- Frais d'évaluation de suivi fixés à 20 \$ chacun, 2 fois maximum, jusqu'à concurrence de 40 \$ par personne et par an

### Évaluations des patients (montant maximal par période de 28 jours par patient)

- Poursuite des prescriptions existantes (approvisionnement provisoire et impossibilité d'obtenir les médicaments) — 6 \$ (maximum 4 fois)
- Information insuffisante — 6 \$ (maximum une fois)
- Poursuite des prescriptions existantes (situation d'urgence) — 10 \$ (maximum une fois)
- Rapprochement des médicaments — 25 \$ (maximum une fois)
- Amélioration de la convenance du médicament — 6 \$ (maximum 4 fois)
- Affections bénignes : des frais d'évaluation des patients de 18 \$ sont facturés lorsqu'une évaluation entraîne la prescription, par le pharmacien, d'un médicament d'ordonnance admissible. Les montants maximums varient en fonction de l'affection bénigne.

### Abandon du tabac

- Niveau Bronze (identification des fumeurs en clinique et évaluation du niveau de l'abandon) — maximum de 5 \$ par personne et par an
- Niveau Bronze Plus (identification des fumeurs en clinique et évaluation du niveau de l'abandon et du degré de détermination et de confiance) — maximum de 10 \$ par personne et par an

- Niveau Argent/Or (le fumeur dit d'emblée qu'il arrêtera dans les 6 mois ou qu'il est prêt à arrêter) — maximum de 180 \$ par personne et par an
- Suivi — 10 \$ par suivi (maximum de 100 \$ par personne par an)
- Séances de groupe — maximum de 150 \$ par personne et par an

## Marge des pharmacies

La marge maximum du pharmacien par médicament d'ordonnance est :

Prix du médicament	Marge
0,01 \$ à 6,30 \$	30 %
6,31 \$ à 15,80 \$	15 %
15,81 \$ à 200,00 \$	10 %
> 200,01 \$	maximum de 20 \$

**Agent d'analyse d'urine** : la marge ci-dessus plus 50 %

**Insuline** : coût d'acquisition plus une marge négociée

**Saskatchewan Insulin Pump Program** : aucune marge admissible

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

Le régime d'assurance médicaments est le premier payeur des réclamations admissibles pour les bénéficiaires admissibles.

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Les prescripteurs admissibles, le personnel de bureau autorisé ou les pharmaciens peuvent faire une demande d'ajout à la liste des médicaments d'exception au nom du patient.

Les patients sont avisés des approbations; en cas de rejet d'une demande, le patient et le médecin reçoivent tous deux une lettre expliquant le motif du refus.

Pour les demandes d'ajout à la liste des médicaments d'exception effectuées par un pharmacien, le diagnostic fourni par le médecin doit toujours être consigné par la pharmacie.

## Politique de remboursement

Les bénéficiaires peuvent réclamer un remboursement s'ils ont eu à payer de leur poche pour diverses raisons (système informatique en panne, absence de couverture pour la liste des médicaments d'exception au moment de l'exécution de l'ordonnance, etc.).

Les bénéficiaires qui sont temporairement hors de la province sont admissibles à l'assurance médicaments, selon les prix de la Saskatchewan et le régime choisi, sur présentation des reçus originaux.

## Divers

**Quantité de médicaments prescrits :** aucune restriction sur la quantité de médicaments prescrits, à quelques exceptions près. Il incombe au prescripteur de juger de la durée du traitement de ses patients. Toutefois, dans la plupart des cas, le régime d'assurance médicaments ne remboursera pas ni ne créditera les franchises pour plus de 3 mois d'approvisionnement en médicaments à la fois.

Le pharmacien peut exiger un tarif d'exécution d'ordonnance pour chaque ordonnance dans le cas de la plupart des médicaments de la liste. Si le médicament prescrit doit être pris pendant au moins un mois, le pharmacien peut exiger un tarif d'exécution d'ordonnance pour chaque approvisionnement d'une durée de 34 jours. Cependant, le contrat conclu entre le régime d'assurance médicaments et le pharmacien n'interdit pas à ce dernier d'exécuter une ordonnance de plus de 34 jours par tarif. Le contrat contient également une liste de médicaments devant faire l'objet d'un approvisionnement de 2 mois et de 100 jours. À moins de circonstances exceptionnelles, l'ordonnance et l'exécution devraient porter sur ces quantités une fois que le patient est passé à la phase d'entretien.

La majoration des prix de gros est permise pour certains produits :

- Insuline — 5 %
- Produits d'offre à commandes — 6 %
- Génériques — 6,5 %
- La plupart des autres médicaments — 8,5 %

Le seuil de la majoration des prix de gros est de 50 \$ par format du produit.

**Saskatchewan Insulin Pump Program :** les bénéficiaires admissibles recevront une pompe à insuline (couverte jusqu'à un maximum de 6 300 \$) payée par le programme SAIL; ils recevront également une aide financière du Saskatchewan Drug Plan pour l'achat de fournitures liées à l'utilisation d'une pompe à insuline (en fonction de leurs revenus et dépenses dans le cadre du Special Support Program).

**Source :** Pour en savoir plus, visitez le site de la [Saskatchewan Health Drug Plan and Extended Benefits Branch](#).

# Manitoba

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Assurance médicaments
- Programme d'aide à l'emploi et au revenu
- Foyers de soins personnels/centres d'accueil
- Programme d'accès aux médicaments pour soins palliatifs
- Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile
- Programme de pompes à insuline pour enfants

### Information générale sur les bénéficiaires

**Assurance médicaments** : résidents dont une grande partie du revenu sert à payer des médicaments d'ordonnance coûteux, peu importe la maladie ou l'âge

**Programme d'aide à l'emploi et au revenu** : résidents âgés de 18 à 65 ans qui n'ont aucune invalidité et qui ont des besoins financiers

**Foyers de soins personnels/centres d'accueil** : résidents de foyers de soins personnels

**Programme d'accès aux médicaments pour soins palliatifs** : résidents en phase terminale qui veulent rester chez eux

**Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile** : patients qui, selon Action cancer Manitoba, reçoivent ou attendent de recevoir en consultation externe des médicaments par voie orale ou d'autres médicaments utilisés pour le traitement du cancer, qui sont inscrits au Régime d'assurance médicaments du Manitoba, et dont les médicaments prescrits admissibles (administrés par voie orale ou utilisés pour le traitement du cancer) ne sont pas couverts par d'autres régimes provinciaux ou fédéraux

**Programme de pompes à insuline pour enfants** : résidents âgés de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1, qui ont besoin d'une pompe à insuline pour enfants, selon l'avis d'un médecin participant au programme d'éducation sur le diabète à l'intention des enfants et des adolescents (DER-CA : Diabetes Education Resource for Children and Adolescents), et qui acceptent de faire l'objet d'un suivi périodique par un médecin membre du programme DER-CA

## Autres critères d'admissibilité

Les personnes qui répondent aux exigences suivantes sont désignées comme étant admissibles aux indemnités en vertu de la loi :

- Les résidents aux termes de la *Loi sur l'assurance maladie*, inscrits et admissibles aux indemnités en vertu de cette loi
- Les membres d'une famille dont les dépenses en médicaments couverts au cours d'une année d'indemnités sont supérieures à la franchise établie
- La famille doit présenter une demande d'admissibilité au ministre, et ce dernier doit confirmer que les dépenses de la famille en médicaments couverts au cours d'une année d'indemnités sont supérieures à la franchise établie.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

Aucune

### Franchise

#### Assurance médicaments

- Le seuil annuel est fondé sur le revenu familial total rajusté.
- La franchise minimale est de 100 \$.

### Taux de franchise calculés en fonction du revenu familial rajusté pour 2017-2018

Seuil minimal	Seuil maximal	Franchise
0 \$	≤ 15 000 \$	3,05 %
> 15 000 \$	≤ 21 000 \$	4,33 %
> 21 000 \$	≤ 22 000 \$	4,37 %
> 22 000 \$	≤ 23 000 \$	4,45 %
> 23 000 \$	≤ 24 000 \$	4,51 %
> 24 000 \$	≤ 25 000 \$	4,55 %
> 25 000 \$	≤ 26 000 \$	4,61 %
> 26 000 \$	≤ 27 000 \$	4,66 %
> 27 000 \$	≤ 28 000 \$	4,72 %
> 28 000 \$	≤ 29 000 \$	4,76 %
> 29 000 \$	≤ 40 000 \$	4,79 %
> 40 000 \$	≤ 42 500 \$	5,20 %
> 42 500 \$	≤ 45 000 \$	5,33 %
> 45 000 \$	≤ 47 500 \$	5,43 %
> 47 500 \$	≤ 75 000 \$	5,50 %
> 75 000 \$	—	6,90 %

**Programme de pompes à insuline pour enfants** : bien que la pompe à insuline soit remboursée intégralement, le matériel d'injection pour une pompe à insuline désigné comme un avantage peut être couvert par les régimes d'assurance médicaments provinciaux, y compris le Régime d'assurance médicaments du Manitoba. Pour que le coût du matériel d'injection pour une pompe à insuline admissible soit couvert par le ministère de la Santé du Manitoba, le patient et sa famille doivent être inscrits à un régime d'assurance médicaments provincial.

### Cotisation maximale d'un bénéficiaire

La cotisation maximale d'un bénéficiaire correspond à la franchise calculée.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Solution la moins coûteuse (SMC)** : les prestations sont établies en fonction du produit de marque interchangeable le moins coûteux indiqué dans la liste de médicaments, que le médicament couvert soit prescrit ou non avec la mention de ne pas faire de substitution.

### Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

Le Manitoba a mis en œuvre un cadre réglementaire ou conventionnel relatif aux produits pharmaceutiques génériques à fournisseurs multiples. Ses critères de soumission imposent au fabricant des prix équivalant à ceux des autres provinces ou territoires, une garantie de prix pour au moins 365 jours et des obligations d'approvisionnement.

### Honoraires : frais et services liés à un produit

Les honoraires pour le Régime d'assurance médicaments 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 impose un plafond des honoraires du pharmacien à 6,95 \$.

Les honoraires mensuels fixés par tête pour les foyers de soins personnels sont de 37,50 \$ par lit, par mois à Winnipeg et de 38,20 \$ par lit, par mois dans les régions rurales.

### Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Le prescripteur doit communiquer avec le Centre des exceptions pour médicaments des régimes d'assurance médicaments de la province pour demander l'admissibilité de l'ordonnance.

L'admissibilité est en vigueur à compter de la date d'approbation.

### Politique de remboursement

Les résidents peuvent soumettre les reçus originaux des ordonnances exécutées dans une autre province ou un autre territoire au régime d'assurance médicaments aux fins de remboursement, jusqu'à concurrence du prix le plus faible selon la liste de médicaments du Manitoba.

## Divers

Quantité de médicaments prescrits : pour toute période de 90 jours, aucun remboursement n'est versé pour un nombre de jours d'approvisionnement d'un médicament couvert supérieur à ce qui suit (le nombre de jours d'approvisionnement en médicaments équivaut à la quantité du médicament couvert fourni divisée par la posologie quotidienne pour ce médicament) :

- 100 jours
- jusqu'à 100 jours supplémentaires si la personne a obtenu une autorisation préalable du ministre et se rend à l'étranger pour une période de plus de 90 jours consécutifs

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site de [Santé, Vie saine et Aînés](#).

# Ontario

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)
  - Programme de médicaments Trillium (PMT)
- Programme de médicaments spéciaux (PMS)
- Programme d'aide pour les maladies métaboliques héréditaires (Programme d'aide MMH)
- Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque (Programme PS-IVRS)
- Programme de traitement à la Visudyne
- Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) (Action Cancer Ontario)

### Information générale sur les bénéficiaires

**Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) :** résidents âgés de 65 ans et plus, résidents de foyers de soins de longue durée et de foyers de soins spéciaux, bénéficiaires de services professionnels à domicile et de l'aide sociale, et bénéficiaires du PMT.

Remarque : L'année du calcul des prestations, des franchises et des quotes-parts du PMO débute le 1<sup>er</sup> août et se termine le 31 juillet de l'année suivante.

**Programme de médicaments Trillium :** résidents qui payent des frais de médicaments d'ordonnance élevés par rapport au revenu de leur ménage (environ 3 % à 4 % ou plus du revenu de leur ménage après impôt); tout résident qui n'est pas admissible à l'un des autres régimes publics d'assurance médicaments ou dont l'assurance privée ne couvre pas 100 % des coûts des médicaments d'ordonnance et qui n'est pas admissible au PMO

**Programme de médicaments spéciaux :** résidents qui ont besoin de certains médicaments administrés en consultation externe à la suite de greffes d'organes solides ou de moelle épinière ou pour traiter la fibrose kystique, une infection par le VIH, l'insuffisance rénale au stade terminal, un déficit en hormone de croissance humaine, la schizophrénie, la maladie de Gaucher et la thalassémie. Les patients doivent être suivis par un médecin ontarien d'un centre de traitement désigné.

**Programme d'aide pour les maladies métaboliques héréditaires :** résidents qui nécessitent certains médicaments pour patients en consultation externe, ainsi que des suppléments et aliments de spécialité indiqués pour le traitement de certaines maladies métaboliques héréditaires. Les patients doivent être suivis par un médecin d'un centre de traitement désigné.

**Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque :** résidents âgés de moins de 2 ans au début de la période d'activité du VRS et qui présentent un risque élevé d'hospitalisation et de complications résultant d'une infection à VRS.

**Programme de traitement à la Visudyne :** résidents qui ont besoin d'un traitement visant à ralentir la progression de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Ce programme rembourse intégralement le coût de la vertéporfine, sous réserve de certains critères.

**Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) (Action Cancer Ontario) :** à condition qu'ils soient approuvés, le PFNM prend en charge certains médicaments intraveineux contre le cancer administrés dans les hôpitaux. Les patients doivent habiter en Ontario, être titulaires d'une carte Santé valide de l'Assurance santé de l'Ontario et présenter le type de cancer pour lequel le médicament a été approuvé.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

**PMO :** le bénéficiaire verse jusqu'à 2 \$ par ordonnance, s'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- personne âgée célibataire ayant un revenu annuel net de 19 300 \$ ou moins;
- fait partie d'un couple de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est de 32 300 \$ ou moins;
- est inscrit au programme Ontario au travail, au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou au programme Soins à domicile;
- est inscrit au PMT et a payé la franchise annuelle;
- réside dans un établissement de soins de longue durée ou un foyer de soins spéciaux.

**PMO :** le bénéficiaire paie jusqu'à 6,11 \$ sur les frais d'exécution de chaque ordonnance, s'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- personne âgée célibataire dont le revenu annuel net est supérieur à 19 300 \$;
- fait partie d'un couple de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est supérieur à 32 300 \$.

Quote-part de 2,83 \$ pour les ordonnances exécutées dans une pharmacie hospitalière pour patients externes.

**PMT** : les participants paient un maximum de 2 \$ par ordonnance.

## Franchise

**PMO** : franchise de 100 \$ par personne pour

- les personnes âgées célibataires dont le revenu annuel est supérieur à 19 300 \$;
- les couples de personnes âgées dont le revenu annuel combiné est supérieur à 32 300 \$.

**PMT** : les personnes admissibles doivent verser une franchise chaque trimestre ou au prorata selon leur revenu.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Prix au titre du régime de médicaments (PRM)** : le PRM pour un médicament dans une forme et un dosage spécifiques reflète le montant, calculé par gramme, millilitre, comprimé, capsule ou autre format approprié, pour lequel un médicament sera remboursé par le ministère.

Les médicaments sont remboursés au PRM listé (ou PRM le plus bas pour un produit interchangeable), plus une marge, ainsi que le montant le moins élevé des frais habituels de la pharmacie ou des frais d'exécution d'ordonnance du PMO, moins la quote-part applicable.

### Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

1<sup>er</sup> avril 2014 : le prix des médicaments génériques est assujéti au Cadre pancanadien de tarification modulée. La politique de prix s'applique aux secteurs public et privé.

1<sup>er</sup> novembre 2016 : Dans le but d'accroître l'utilisation de médicaments génériques sécuritaires et efficaces comme solution de rechange aux médicaments de marque, les pharmaciens doivent offrir un produit générique interchangeable, qui ne fait pas partie de la liste de médicaments assurés, aux bénéficiaires du PMO qui disposent d'une approbation ministérielle en vertu du PAE. Les pharmaciens sont remboursés pour le prix du produit générique dispensé.

### Honoraires : frais et services liés à un produit

**Frais d'exécution d'ordonnance** — 1<sup>er</sup> avril 2014 : Les frais d'exécution d'ordonnance se situent entre 8,83 \$ et 13,25 \$ selon l'emplacement de la pharmacie. Ces frais sont plus élevés dans les pharmacies en régions rurales.

1<sup>er</sup> octobre 2015 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les résidents d'établissements de soins de longue durée se situent désormais entre 7,57 \$ et 11,99 \$.

Les frais d'exécution d'ordonnance ne peuvent être facturés que 2 fois par période de 28 jours, même si la prescription doit être renouvelée plus fréquemment. Cette règle ne s'applique pas aux médicaments prescrits pour une maladie chronique ni aux résidents de foyers de soins de longue durée. D'autres exceptions sont permises en cas de circonstances spéciales.

1<sup>er</sup> octobre 2015 : Les pharmacies peuvent recevoir des frais d'exécution d'ordonnance jusqu'à concurrence de 5 fois par patient, par médicament (par numéro d'identification du médicament) et par période de 365 jours, pour 15 catégories de médicaments destinés au traitement de maladies chroniques. Des exceptions sont prévues pour les résidents de foyers de soins de longue durée et les bénéficiaires du programme Ontario au travail.

## Honoraires : services cliniques

**Programme MedsCheck** : les résidents sont admissibles à un examen annuel et à des examens de suivi, s'ils

- prennent au moins 3 médicaments prescrits pour une maladie chronique;
- vivent dans un établissement agréé de soins de longue durée;
- ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou 2 et prennent des médicaments;
- sont admissibles au programme MedsCheck mais sont confinés à la maison et ne sont pas en mesure de se rendre à la pharmacie de leur localité pour obtenir des services.

### Frais du programme MedsCheck

- 60 \$ par MedsCheck
- 25 \$ par suivi
- 75 \$ par MedsCheck pour le diabète et 25 \$ par suivi
- 150 \$ par MedsCheck à domicile
- 90 \$ pour la consultation initiale MedsCheck en soins de longue durée et 50 \$ par examen trimestriel

### Frais du Programme de conseils pharmaceutiques (bénéficiaires du PMO uniquement)

Intervention clinique du pharmacien (détection d'un éventuel problème lié aux médicaments) au moment d'exécuter une nouvelle ordonnance ou de renouveler une ordonnance, ou lors d'un examen MedsCheck :

- 15 \$ par intervention en collaboration avec le prescripteur

### **Frais du Programme d'abandon du tabagisme offert en pharmacie (bénéficiaires du PMO uniquement)**

- 40 \$ pour la première consultation (une par année)
- 15 \$ par séance de consultation de suivi primaire (3 par année, pour un total de 45 \$)
- 10 \$ par séance de consultation de suivi secondaire (4 par année, pour un total de 40 \$)

### **Marge des pharmacies**

Les demandes de règlement pour les ordonnances dont le coût total est inférieur à 1 000 \$ sont remboursées selon une marge de 8 %.

1<sup>er</sup> octobre 2015 : La majoration pour toutes les demandes visant des médicaments onéreux (médicament coûtant au total 1 000 \$ ou plus) est de 6 %.

### **Coordination des prestations (secteurs public et privé)**

Sauf pour le PMT, le PMO est le premier payeur et le régime privé, le deuxième. Dans le cas du PMT, en période de remboursement, le régime privé est le premier payeur et le PMT, le deuxième. Lorsque la franchise trimestrielle du ménage est payée, le PMT devient le premier payeur.

### **Processus pour les médicaments d'exception ou restreints**

Le PAE offre aux patients un meilleur accès aux médicaments qui ne font pas partie de la liste du PMO, ou lorsqu'aucun médicament de rechange n'est sur la liste.

Pour qu'un médicament offert dans le cadre du PAE soit remboursé en vertu du PMO, le médecin du patient doit soumettre une demande au PAE comprenant les renseignements complets et l'information médicale pertinente qui répond aux critères cliniques approuvés pour le médicament visé. Il peut s'agir des raisons pour lesquelles les médicaments de la liste ne conviennent pas et de la description des circonstances cliniques dans lesquelles le médicament est nécessaire. Toutes les demandes sont examinées selon les critères qui ont été établis pour le médicament dans le cadre des processus nationaux et provinciaux d'examen des médicaments auxquels ont pu avoir participé le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) ou le Programme pancanadien d'examen des médicaments oncologiques (pCODR) de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) ou selon les critères qui s'appliquent aux soumissions propres à l'Ontario examinées par le comité consultatif du ministère (le Comité d'évaluation des médicaments) et approuvées par l'administrateur des programmes publics de médicaments de l'Ontario. Si les critères de remboursement du PAE sont respectés et que l'approbation est fournie, la période de couverture commence à la date d'entrée en vigueur et se termine à la date précisée. Les décisions concernant les demandes sont communiquées au médecin qui a soumis la demande. Si la demande est approuvée, le médecin peut fournir une copie de l'approbation au patient afin qu'il la remette au pharmacien.

Le service de demande par téléphone (TRS) est offert pour certains médicaments et les demandes sont examinées en temps réel.

## Politique de remboursement

Ne sont remboursés que les médicaments admissibles prescrits par un médecin inscrit en Ontario et dont l'ordonnance a été exécutée en Ontario.

## Divers

### Quantité de médicaments prescrits

- La quantité normale est celle qui est prescrite. La quantité maximale qui peut être imputable dans le cadre du PMO ne doit pas excéder celle d'un traitement de 100 jours.
- Pour les bénéficiaires du PMO, toute nouvelle ordonnance sera limitée à un approvisionnement maximal équivalant à 30 jours si le médicament n'a pas déjà été prescrit au cours des 12 mois précédents. Si le médicament est efficace et que le patient ne fait état d'aucun problème relatif à ce médicament durant la période de 30 jours, la portion non utilisée de son ordonnance peut être délivrée jusqu'à concurrence d'un approvisionnement de 100 jours. Certains bénéficiaires sont exemptés du programme (voyage à long terme à l'extérieur de la province, échantillons reçus d'un médecin, ordonnance d'insuline).
- En ce qui concerne les bénéficiaires assurés en vertu de la *Loi sur le programme Ontario au travail*, la quantité maximale de médicaments réclamée dans le cadre du PMO ne doit pas excéder celle d'un traitement de 35 jours.

**1<sup>er</sup> décembre 2016** : Les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent maintenant utiliser leur carte Santé de l'Ontario pour obtenir, dans le cadre du PMO, un médicament qui leur est prescrit, plutôt que d'utiliser une carte mensuelle papier d'assurance médicaments. Ce changement s'applique aux bénéficiaires de l'aide sociale inscrits au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, y compris l'Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) et le programme Ontario au travail (OT). Les bénéficiaires qui ne sont pas admissibles à la carte Santé de l'Ontario continueront de recevoir une carte papier.

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site des [programmes publics de médicaments de l'Ontario](#).

# Nouveau-Brunswick

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick
  - Personnes âgées (Plan A)
  - Résidents de foyers de soins (Plan V)
  - Clients du ministère du Développement social (Plan F)
  - Résidents d'établissements résidentiels autorisés (Plan E)
  - Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant un handicap (Plan G)
  - Programme pour la sclérose en plaques (Plan H)
  - Programme pour le VIH/sida (Plan U)
  - Programme pour la fibrose kystique (Plan B)
  - Programme pour receveurs d'une greffe d'organes (Plan R)
  - Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance humaine (Plan T)
- Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés
- Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (Plan D)
- Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares
- Programme extra-mural (Plan W)
- Programme pour la tuberculose (Plan P)
- Programme de vaccination en pharmacie contre la grippe saisonnière, financé par le secteur public (Plan I)

### Information générale sur les bénéficiaires

**Personnes âgées** : Personnes âgées de 65 ans et plus à faible revenu, qui résident de façon permanente au Nouveau-Brunswick, qui disposent d'une carte d'assurance maladie valide de la province et qui ne sont pas couvertes par un autre régime d'assurance médicaments.

Bénéficiaires du SRG : Aînés qui touchent le Supplément de revenu garanti (SRG) d'Emploi et Développement social Canada et qui sont ainsi couverts par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB).

**Non-bénéficiaires du SRG :** Les aînés qui ne bénéficient pas du programme fédéral SRG, mais dont le revenu s'inscrit dans l'une des catégories suivantes pourraient être admissibles :

- personne âgée célibataire dont le revenu annuel est d'au plus 17 198 \$;
- couple de personnes âgées toutes deux de 65 ans et plus et dont le revenu annuel combiné est d'au plus 26 955 \$;
- couple de personnes âgées dont l'un des époux a moins de 65 ans et dont le revenu annuel combiné est d'au plus 32 390 \$.

**Résidents de foyers de soins :** personnes qui demeurent dans un foyer autorisé de soins infirmiers

**Clients du ministère du Développement social :** personnes qui ont une carte d'assistance médicale valide pour les médicaments d'ordonnance délivrée par le ministère du Développement social

**Résidents d'établissements résidentiels autorisés :** personnes qui demeurent dans un établissement résidentiel autorisé pour adultes et qui sont titulaires d'une carte d'assistance médicale valide pour les médicaments d'ordonnance délivrée par le ministère du Développement social

**Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant un handicap :** enfants qui ont un handicap et enfants qui font l'objet d'une prise en charge par le ministère du Développement social

**Programme pour la sclérose en plaques :** résidents qui ont reçu un diagnostic de sclérose en plaques, qui ont un numéro d'assurance maladie valide et qui disposent d'une ordonnance pour un médicament admissible rédigée par un neurologue

**Programme pour le VIH/sida :** personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection par le VIH ou de sida, qui sont inscrites au PMONB par un spécialiste des maladies infectieuses de la province et qui ne sont admissibles à aucune prestation similaire d'autres sources

**Programme pour la fibrose kystique :** patients qui ont reçu un diagnostic de fibrose kystique, qui ont un numéro d'assurance maladie valide et qui ne bénéficient d'aucune couverture d'un autre régime d'assurance médicaments pour le coût des médicaments pour la fibrose kystique

**Programme pour receveurs de greffe d'organes :** résidents du Nouveau-Brunswick qui ont reçu (ou qui sont sur une liste d'attente active pour recevoir) une greffe d'organe solide ou de moelle osseuse, qui ont un numéro d'assurance maladie valide et qui ne bénéficient d'aucune couverture d'un autre régime d'assurance médicaments pour le coût des médicaments anti-rejet

**Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance** : résidents de moins de 19 ans qui présentent un déficit en hormones de croissance, qui ont un numéro d'assurance maladie valide et qui ne bénéficient d'aucune couverture d'un autre régime d'assurance médicaments pour le coût du traitement contre l'insuffisance en hormones de croissance

**Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés** : personnes âgées qui ne bénéficient d'aucune couverture d'un autre régime d'assurance médicaments

**Régime médicaments du Nouveau-Brunswick** : résidents qui ont un numéro d'assurance maladie valide, qui n'ont pas d'assurance médicaments (par l'intermédiaire d'un régime privé ou d'un programme public), dont l'assurance médicaments ne couvre pas un médicament figurant sur la liste de médicaments du régime ou qui ont atteint la limite annuelle ou à vie de leur couverture

**Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares** : résidents permanents du Nouveau-Brunswick qui présentent l'une des maladies rares visées par le régime et qui ont un numéro d'assurance maladie valide. Le formulaire de demande pour un médicament figurant sur la liste des médicaments couverts doit être rempli par le médecin, et la personne doit répondre aux critères cliniques associés au médicament demandé

**Programme extra-mural** : résidents qui reçoivent des services hors établissement, qui ne bénéficient d'aucune couverture d'un autre régime d'assurance médicaments et qui disposent d'un formulaire d'autorisation pour médicaments d'ordonnance

**Programme pour la tuberculose** : tout patient (sans égard à son lieu de résidence permanent) atteint d'une infection tuberculeuse active ou latente

**Programme de vaccination en pharmacie contre la grippe saisonnière, financé par le secteur public** : résidents qui présentent un risque élevé de complications liées à la grippe ainsi que les membres de leur foyer, comme le définit Santé publique

## Participation aux coûts

### Cotisation

**Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés** : 115 \$ par mois

**Programmes pour la fibrose kystique, la sclérose en plaques, la greffe d'organes, l'insuffisance en hormone de croissance et le VIH/sida** : frais d'inscription de 50 \$ par année par régime

**Régime médicaments du Nouveau-Brunswick** : cotisations fondées sur le revenu

## 1<sup>er</sup> avril 2015

Revenu brut (personnel)	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle
< 17 884 \$	200 \$	16,67 \$
17 885 \$ à 22 346 \$	400 \$	33,33 \$
22 347 \$ à 26 360 \$	800 \$	66,67 \$
26 361 \$ à 50 000 \$	1 400 \$	116,67 \$
50 001 \$ à 75 000 \$	1 600 \$	133,33 \$
> 75 000 \$	2 000 \$	166,67 \$

Revenu brut (célibataire avec enfants ou couple sans enfants)	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle
< 26 826 \$	200 \$	16,67 \$
26 827 \$ à 33 519 \$	400 \$	33,33 \$
33 520 \$ à 49 389 \$	800 \$	66,67 \$
49 390 \$ à 75 000 \$	1 400 \$	116,67 \$
75 001 \$ à 100 000 \$	1 600 \$	133,33 \$
> 100 000 \$	2 000 \$	166,67 \$

Les enfants de 18 ans et moins ne paient pas de cotisations, mais un des parents doit être inscrit au régime pour que l'enfant soit admissible.

## Quote-part et coassurance

### Personnes âgées

- bénéficiaires du SRG : 9,05 \$ par ordonnance
- non-bénéficiaires du SRG : 15 \$ par ordonnance

### Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés

- 15 \$ par ordonnance

### Résidents d'établissements résidentiels autorisés

- 4 \$ par ordonnance

### Clients du ministère du Développement social

- 4 \$ par ordonnance pour les adultes (18 ans et plus)
- 2 \$ par ordonnance pour les enfants (moins de 18 ans)

### Personnes atteintes de la sclérose en plaques

- Calculé annuellement selon le revenu, varie de 0 % à 100 % du coût de l'ordonnance

### Programmes pour la fibrose kystique, la greffe d'organes, l'insuffisance en hormone de croissance et le VIH/sida

- 20 % du coût de l'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$

### Programme extra-mural

- 9,05 \$ par ordonnance

### Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

- 30 % du coût de l'ordonnance jusqu'à concurrence du montant ci-dessous :

Revenu brut (personnel)	Quote-part maximale
< 17 884 \$	5 \$
17 885 \$ à 22 346 \$	10 \$
22 347 \$ à 26 360 \$	15 \$
26 361 \$ à 50 000 \$	20 \$
50 001 \$ à 75 000 \$	25 \$
> 75 000 \$	30 \$

Revenu brut (célibataire avec enfants ou couple sans enfants)	Quote-part maximale
< 26 826 \$	5 \$
26 827 \$ à 33 519 \$	10 \$
33 520 \$ à 49 389 \$	15 \$
49 390 \$ à 75 000 \$	20 \$
75 001 \$ à 100 000 \$	25 \$
> 100 000 \$	30 \$

## Franchise

Aucune

## Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Bénéficiaires du Supplément de revenu garanti (SRG) :** quote-part maximale de 500 \$ par année civile

**Programmes pour la fibrose kystique, la greffe d'organes, l'insuffisance en hormones de croissance et le VIH/sida :** quote-part maximale de 500 \$ plus des frais d'inscription par famille et par exercice financier

**Résidents d'établissements résidentiels autorisés :** quote-part maximale de 250 \$ par personne au cours d'un exercice financier

**Clients du ministère du Développement social :** quote-part maximale de 250 \$ par famille au cours d'un exercice financier

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

1<sup>er</sup> juin 2013 : Le coût des médicaments pour chaque ordonnance admissible est établi comme suit :

Catégorie de médicament	Coût des ingrédients
Médicaments sur la liste des PAM	Jusqu'à concurrence du PAM
Médicaments sur la liste des PCF	Jusqu'à concurrence du PCF
Préparation magistrale (composée)	CAR
Méthadone solution orale	Jusqu'à concurrence du PAM

#### Remarques

PAM : prix admissible maximal.  
PCF : prix catalogue du fabricant.  
CAR : coût d'achat réel.

## Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

### 1<sup>er</sup> juin 2013

- Formes orales solides — 25 %
- Formes orales non solides — 35 %

## Honoraires : frais et services liés à un produit

### 1<sup>er</sup> juin 2014

- Médicaments sur la liste des PAM — jusqu'à concurrence de 11 \$
- Médicaments sur la liste des PCF — jusqu'à concurrence de 11 \$
- Préparation magistrale (composée) — jusqu'à concurrence de 16,50 \$
- Méthadone pour soulager la douleur chronique — jusqu'à concurrence de 11 \$
- Médicament pour traiter la dépendance aux opiacés (p. ex. méthadone, buprénorphine/naloxone) — jusqu'à concurrence de 9,50 \$

2 juillet 2013 : Les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick remboursent les frais d'exécution d'ordonnance facturés tous les 28 jours ou plus pour les médicaments sous formes orales solides pris de façon continue.

Dans le cadre de l'incitatif pour les pharmacies en milieu rural, un montant additionnel de 2 \$ sera versé pour les frais d'exécution de chacune des 10 000 premières ordonnances du PMONB exécutées par exercice financier aux pharmacies d'une collectivité qui sont à au moins 25 kilomètres l'une de l'autre.

## Honoraires : services cliniques

Programme PharmaConsulte du Nouveau-Brunswick : 52,50 \$

Limite d'un examen des médicaments par an par bénéficiaire du PMONB (aînés, clients du ministère du Développement social et résidents d'établissements résidentiels autorisés) qui prend au moins 3 médicaments d'ordonnance pour une affection chronique.

## Marge des pharmacies

1<sup>er</sup> juin 2013 : Jusqu'à 8 % de la marge permise sur les médicaments de la liste des PAM

1<sup>er</sup> juin 2014 : Jusqu'à 8 % de la marge permise sur les médicaments de la liste des PCF

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

s.o.

## Coordination des prestations (au sein des autorités compétentes)

s.o.

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Les médicaments qui ne sont pas inscrits comme produits assurés peuvent être remboursables en vertu des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale.

Médicaments admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale :

- médicaments énumérés dans la liste des médicaments assurés sous réserve d'une autorisation spéciale qui doivent répondre à des [critères](#) précis aux fins d'approbation;
- exceptionnellement, une demande de médicament sans critère précis peut être étudiée au cas par cas et évaluée selon les preuves médicales publiées.

Médicaments non admissibles par l'intermédiaire d'une autorisation spéciale :

- nouveaux médicaments n'ayant pas encore été évalués par le comité consultatif d'experts-conseils;
- médicaments exclus des produits admissibles à la suite de l'étude et des recommandations du comité consultatif d'experts-conseils;
- médicaments qui n'ont pas été autorisés ou commercialisés au Canada (p. ex. les médicaments obtenus par l'entremise du Programme d'accès spécial de Santé Canada);
- produits spécifiquement exclus des médicaments assurés et figurant sur la liste d'exclusion (formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick).

Le prescripteur doit soumettre par écrit la demande d'autorisation spéciale à l'Unité d'autorisation spéciale des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

## Politique de remboursement

Si le bénéficiaire paie le médicament de sa poche, il peut soumettre une demande de remboursement, à condition qu'il s'agisse d'un produit admissible, prescrit par un dispensateur de soins autorisé et acheté dans une pharmacie du Nouveau-Brunswick.

## Divers

### Quantité de médicaments prescrits

- Approvisionnement de 100 jours
- Approvisionnement de 35 jours pour les narcotiques, les drogues contrôlées et les benzodiazépines

Limites quantitatives établies pour plusieurs produits de la liste de médicaments assurés dans le cadre des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

**Approvisionnement pour un voyage** : un approvisionnement maximal de 100 jours pour un voyage peut être soumis conjointement à une ordonnance exécutée pour une première fois ou renouvelée pour une période d'un maximum de 100 jours. La quantité totale de chaque médicament que la personne âgée a en sa possession ne peut excéder un approvisionnement de 200 jours.

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site du [Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick](#).

# Nouvelle-Écosse

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Family Pharmacare Program (Plan F)
- Community Services Pharmacare Benefits (Plan F)
- Seniors' Pharmacare Program (Plan S)
- Drug Assistance for Cancer Patients (Plan C)
- Diabetes Assistance Program (Plan D)
- Palliative Home Care Drug Coverage (PHCDC) Program
- Insulin Pump Program
- Under 65 — Long-Term Care (LTC) Pharmacare Plan (Plan F)

### Information générale sur les bénéficiaires

**Family Pharmacare Program** : résidents de la Nouvelle-Écosse dont le numéro d'assurance maladie est valide et qui ne sont actuellement pas couverts par le programme du ministère des Services communautaires, le Seniors' Pharmacare Program, le Diabetes Assistance Program ni le Under 65 — Long-Term Care Pharmacare Plan.

**Community Services Pharmacare Benefits** : résidents âgés de moins de 65 ans et personnes à leur charge qui reçoivent une aide au revenu et n'ont pas accès à un autre régime d'assurance médicaments, public ou privé. L'admissibilité est établie par le ministère des Services communautaires.

**Seniors' Pharmacare Program** : résidents âgés de 65 ans et plus qui n'ont pas d'assurance du ministère des Anciens Combattants, des Services de santé non assurés, du Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse ni de tout autre régime public ou privé qui couvre la plupart des médicaments et du matériel après l'âge de 65 ans

**Drug Assistance for Cancer Patients** : résidents permanents de la Nouvelle-Écosse dont le numéro d'assurance maladie est valide et le revenu familial brut est de 15 720 \$ ou moins par année, et qui ne sont pas admissibles à une assurance en vertu d'un autre régime d'assurance médicaments, sauf le Family Pharmacare Program

**Diabetes Assistance Program** : résidents permanents de la Nouvelle-Écosse âgés de moins de 65 ans atteints de diabète (diagnostic avéré) et dont le numéro d'assurance maladie est valide, et qui n'ont pas d'assurance médicaments du ministère des Anciens Combattants, 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 médicaments et les fournitures pour diabétiques. Ce programme n'accepte plus de nouveaux bénéficiaires depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010.

**Palliative Care Drug Program** : résidents qui, selon une évaluation, sont en phase terminale de leur maladie, ont un pronostic de 6 mois de vie et souhaitent recevoir des soins à domicile le plus longtemps possible

**Insulin Pump Program** : résidents de moins de 25 ans atteints de diabète de type 1

**Under 65 — Long-Term Care (LTC) Pharmacare Plan** : résidents d'un établissement de soins de longue durée occupant un lit régulier âgés de moins de 65 ans, dont le numéro d'assurance maladie est valide et qui ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance médicaments public ou privé ou qui n'y ont pas accès

### Autres critères d'admissibilité

**Drug Assistance for Cancer Patients** : les bénéficiaires ne doivent pas être couverts par un autre régime public ou privé d'assurance médicaments que le Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse.

**Family Pharmacare Program, Drug Assistance for Cancer Patients, Diabetes Assistance Program et Insulin Pump Program** : l'admissibilité est déterminée selon le revenu. Les résidents doivent accepter de fournir de l'information sur la taille de leur famille, et consentir à une vérification de leur revenu familial annuel par l'Agence du revenu du Canada.

**Diabetes Assistance Program** : ce programme n'accepte plus de nouveaux bénéficiaires depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. Les nouveaux patients peuvent s'inscrire au Family Pharmacare Program.

## Participation aux coûts

### Cotisation

#### Seniors' Pharmacare Program

1<sup>er</sup> avril 2016

Revenu brut (personnel)	Cotisation annuelle
< 22 986 \$	0 \$
22 986 \$ à 35 000 \$	< 424 \$
≥ 35 000 \$	424 \$

Revenu brut (couple)	Cotisation annuelle
< 26 817 \$	0 \$
26 817 \$ à 40 000 \$	< 424 \$ chacun
≥ 40 000 \$	424 \$ chacun

### Quote-part et coassurance

**Family Pharmacare** : quote-part de 20 % du coût total de l'ordonnance, jusqu'à un maximum annuel fondé sur une échelle mobile (pourcentage du revenu familial rajusté)

**Diabetes Assistance Program** : 20 % du coût de l'ordonnance

**Department of Community Services Pharmacare Benefits** : 5 \$ par ordonnance, sauf si la personne est admissible à une exemption de participation au paiement

**Seniors' Pharmacare Program** : 30 % du coût de l'ordonnance, jusqu'à un maximum annuel

**Insulin Pump Program** : quote-part calculée en fonction du revenu familial et de la taille de la famille

### Franchise

**Family Pharmacare Program** : pourcentage à échelle mobile fondé sur le revenu familial rajusté

**Diabetes Assistance Program** : pourcentage fondé sur le revenu familial rajusté et la taille de la famille

## Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Family Pharmacare Program** : quote-part annuelle familiale plus franchise selon le revenu et la taille de la famille

**Seniors' Pharmacare Program** : quote-part annuelle maximale de 382 \$ plus une cotisation

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Prix courant du fabricant (PCF)** : prix publié auquel un médicament ou un appareil est vendu à un fournisseur ou à un grossiste (marge de distribution non comprise)

**Prix remboursable maximal (PRM)** : coût maximal établi par le programme Pharmacare pour lequel une prestation est versée à un fournisseur ou à un bénéficiaire pour une catégorie de produits interchangeables

**Prix de remboursement de Pharmacare (PRP)** : montant maximal spécial remboursé aux fournisseurs par le programme pour un médicament, un approvisionnement et un service uniques, tel qu'attribué par le ministre, pour chacun des cas suivants :

- certains groupes de médicaments qui ont un effet thérapeutique semblable;
- des services précis pour lesquels la couverture est établie;
- certains formats de dose unitaire et de livraisons spéciales qui sont également disponibles dans des formats en vrac moins coûteux;
- certaines fournitures qui ont la même fonction.

**Coût d'achat réel (CAR)** : coût net pour le fournisseur après toutes les déductions liées aux rabais, aux remises, aux produits gratuits, etc.

Le coût net est le coût des ingrédients du médicament (ou de l'approvisionnement) fondé sur la date d'achat. Le calcul n'inclut pas les rabais pour règlement rapide.

### Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

#### 12 novembre 2014

- Formes orales solides des médicaments génériques à fournisseurs multiples — 25 %
- Formes orales non solides — 35 %

## Honoraires : frais et services liés à un produit

### Du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018

- Articles de stomie — 11,85 \$
- Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) — 17,77 \$
- Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures, incluant la méthadone — 11,85 \$

## Honoraires : services cliniques

Le programme Pharmacare rembourse les frais de service particuliers, jusqu'aux maximums suivants :

Examen détaillé des médicaments — 150 \$

- seuls les bénéficiaires du Seniors' Pharmacare Program sont admissibles;
- un seul examen détaillé des médicaments par année de calcul des prestations.

Examen de base des médicaments — 52,50 \$

- tous les bénéficiaires d'un programme d'assurance médicaments de la N.-É. sont admissibles, sauf ceux du programme Under 65 — LTC;
- un seul examen de base des médicaments par année de calcul des prestations.

Adaptation des ordonnances — 14 \$

Substitution thérapeutique — 26,25 \$

## Marge des pharmacies

### 1<sup>er</sup> octobre 2014

- Articles de stomie — CAR plus 10 % (maximum de 50 \$)
- Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) — CAR plus 2 % (maximum de 50 \$)
- Méthadone — PRM ou PRP plus 8 %

Toutes les autres ordonnances :

- PCF plus 10,5 % (si le coût de l'ingrédient est de 3 000 \$ ou moins)
- PCF plus 8 % (si le coût de l'ingrédient est supérieur à 3 000 \$)
- PRM ou PRP plus 8 %

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

**Family Pharmacare Program** : le régime est le payeur de dernier recours. Le Family Pharmacare Program peut couvrir tous les frais du client après que ce dernier a eu recours aux régimes privés.

**Seniors' Pharmacare Program** : lorsqu'une personne âgée assume des quotes-parts d'assurance privée supérieures au montant de la cotisation annuelle maximale et à celui de la quote-part annuelle maximale qu'elle verserait si elle participait au Seniors' Pharmacare, elle peut faire une demande de remboursement de la différence.

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Les médicaments d'exception sont admissibles au titre du programme Pharmacare seulement si la personne répond aux critères établis par les comités consultatifs d'experts de l'Atlantique ou du Canada.

Pour faire une réclamation, le médecin doit envoyer par télécopieur ou courrier un formulaire de demande standard ou une lettre au bureau de Pharmacare, ou encore communiquer avec le bureau de Pharmacare et parler directement à un pharmacien-conseil. Les demandes seront généralement traitées dans un délai de 7 jours.

Si la demande est approuvée, le client reçoit une lettre. Il peut apporter cette lettre au pharmacien pour confirmer que la demande a bel et bien été approuvée; le pharmacien peut aussi simplement facturer la demande en ligne pour certains produits aux fins de réponse immédiate. Le médecin reçoit un avis d'approbation, de refus si les critères d'admissibilité ne sont pas satisfaits ou encore de demande de renseignements supplémentaires.

Certains médicaments d'exception sont facturables en ligne sans approbation préalable si des codes de critères sont fournis pendant le processus de facturation.

Dans le cas de la plupart de ces médicaments, 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 sur l'ordonnance des renseignements liés au diagnostic (plutôt que le code réel), mais il doit préciser clairement au pharmacien le code qui doit être utilisé.

## Politique de remboursement

Si un bénéficiaire a payé de sa poche à la pharmacie, il aura jusqu'à 6 mois à partir de la date d'achat pour envoyer les reçus originaux à Pharmacare aux fins de remboursement. Les ordonnances exécutées dans une pharmacie canadienne hors de la Nouvelle-Écosse sont remboursées dans les cas d'urgence médicale seulement. Aucune ordonnance exécutée à l'étranger n'est remboursée, qu'il s'agisse d'une urgence médicale ou non.

## Divers

### Quantité de médicaments prescrits

- approvisionnement jusqu'à concurrence de 100 jours si les médicaments sont prescrits
- Les frais d'exécution d'ordonnance de médicaments d'entretien ne peuvent être facturés qu'une fois par période de 28 jours.

**Approvisionnement pour un voyage** : les bénéficiaires du Seniors' Pharmacare Program qui partent en voyage à l'extérieur de la province pour une durée de plus de 100 jours peuvent obtenir 2 ordonnances pour le même médicament avant de quitter la Nouvelle-Écosse. Aucune des 2 ordonnances ne doit dépasser un approvisionnement de 90 jours (approvisionnement maximal de 180 jours pour les 2 ordonnances). La quote-part et les honoraires habituels s'appliquent à chacune des ordonnances.

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site des [programmes d'assurance médicaments de la Nouvelle-Écosse](#).

# Île-du-Prince-Édouard

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- AIDS/HIV Program (Plan A)
- Community Mental Health Program (Plan B)
- Cystic Fibrosis Program (Plan C)
- Diabetes Drug Program (Plan D)
- Erythropoietin Program (Plan E)
- Family Health Benefit Drug Program (Plan F)
- Generic Drug Program (Plan G)
- Hepatitis Program (Plan H)
- Immunization Program (Plan I)
- Meningitis Program (Plan K)
- Opioid Replacement Therapy Program (Plan L)
- High Cost Drug Program (Plan M)
- Institutional Pharmacy Program (Plan N)
- Nursing Home Drug Program (Plan N)
- Nutrition Services Program (Plan O)
- Phenylketonuria (PKU) Program (Plan P)
- Catastrophic Drug Program (Plan Q)
- Rabies Program (Plan R)
- Seniors Drug Cost Assistance Program (Plan S)
- Transplant Anti-rejection Drug Program (Plan T)
- Sexually Transmitted Diseases (STD) Program (Plan V)
- Children in Care Program (Plan W)
- Financial Assistance Program (Plan W)
- Tuberculosis (TB) Drug Program (Plan X)
- Growth Hormone Drug Program (Plan Y)
- Quit Smoking Program (Plan Z)
- Home Oxygen Program
- Insulin Pump Program

## Information générale sur les bénéficiaires

**AIDS/HIV Program** : personnes dont le résultat au test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est positif, qui ont reçu un diagnostic de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou qui ont subi une blessure non professionnelle causée par une aiguille et n'ont pas d'assurance privée

**Community Mental Health Program** : patients psychiatriques de longue date vivant dans la collectivité et approuvés par le programme

**Cystic Fibrosis Program** : personnes ayant reçu un diagnostic de fibrose kystique

**Diabetes Drug Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète et qui sont inscrites au programme provincial sur le diabète

**Erythropoietin Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic d'insuffisance rénale chronique ou qui reçoivent des traitements par dialyse

**Family Health Benefit Drug Program** : familles (parents, tuteurs et enfants âgés de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire tout en ayant au moins un enfant à charge) dont le revenu familial annuel net est inférieur au seuil de revenu (voir la section Autres critères d'admissibilité ci-dessous). Une demande doit être présentée chaque année.

**Generic Drug Program** : personnes de moins de 65 ans qui n'ont pas de régime privé d'assurance médicaments

**Hepatitis Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic d'hépatite, qui ont été en contact étroit avec une personne atteinte d'hépatite ou qui sont exposées à un risque d'infection dans le milieu de travail

**Immunization Program** : enfants (âgés de moins de 18 ans) susceptibles d'être exposés à diverses maladies transmissibles

**Meningitis Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic de méningite, ou personnes qui ont été en contact étroit avec une personne atteinte de méningite et qui présentent un risque accru d'infection

**Opioid Replacement Therapy Program** : personnes qui, après avoir fait l'objet d'une évaluation par une équipe clinique, sont considérées comme ayant besoin d'un traitement pour la dépendance aux opiacés et sont inscrites à un programme visant le traitement de cette dépendance

**High Cost Drug Program** : personnes qui ont reçu une autorisation pour le remboursement d'au moins un médicament admissible au titre du régime destiné au traitement de la spondylarthrite ankylosante, du cancer, de la maladie de Crohn, de la sclérose en plaques, de l'hypertension artérielle pulmonaire, du psoriasis en plaques, de l'arthrite psoriasique, de la polyarthrite rhumatoïde ou de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. La couverture est fondée sur le revenu du ménage et doit faire l'objet d'une demande chaque année.

**Institutional Pharmacy Program** : résidents d'établissements publics de soins infirmiers de longue durée

**Nursing Home Drug Program** : résidents permanents d'un centre de soins infirmiers privé admissibles à une aide financière en vertu du programme d'aide sociale

**Nutrition Services Program** : femmes dont la grossesse est à haut risque, qui présentent une déficience nutritionnelle et qui sont suivies par une nutritionniste communautaire ou femmes enceintes à faible revenu qui reçoivent une aide financière ou qui en ont besoin

**Phenylketonuria (PKU) Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic de phénylcétonurie

**Catastrophic Drug Program** : ménage dont les membres produisent une déclaration de revenus et assument des dépenses directes admissibles en médicaments qui dépassent la limite annuelle du ménage

**Rabies Program** : personnes exposées ou risquant fortement d'être exposées à la rage en raison d'une morsure d'animal

**Seniors Drug Cost Assistance Program** : personnes âgées de 65 ans et plus

**Transplant Anti-rejection Drug Program** : personnes qui ont subi une greffe d'organe solide ou de moelle osseuse

**Sexually Transmitted Diseases (STD) Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie transmissible sexuellement ou qui ont été en contact avec une personne ayant reçu un diagnostic de maladie transmissible sexuellement

**Children in Care Program** : personnes dont la garde temporaire ou permanente a été confiée au directeur de la protection de l'enfance et personnes admissibles à une aide financière en vertu de la *Social Assistance Act* et de ses règlements afférents

**Financial Assistance Program** : personnes admissibles à une aide financière en vertu de la *Social Assistance Act* et de ses règlements

**Tuberculosis (TB) Drug Program** : personnes qui ont reçu un diagnostic de tuberculose ou qui ont été en contact étroit avec une personne ayant reçu un diagnostic de tuberculose (confirmé par l'administrateur en chef de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux)

**Growth Hormone Drug Program** : enfants (moins de 18 ans) qui présentent un déficit en hormone de croissance ou un syndrome de Turner avéré

**Quit Smoking Drug Program** : personnes qui participent à ce programme d'abandon du tabac par l'intermédiaire des Services en toxicomanie

**Home Oxygen Program** : personnes à qui un spécialiste a prescrit de l'oxygène et qui ont reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

**Insulin Pump Program** : enfants et adolescents de moins de 19 ans atteints de diabète de type 1 qui ont été orientés vers le programme provincial de gestion du diabète

**Pour tous les programmes** : les bénéficiaires doivent être des résidents permanents de l'Île-du-Prince-Édouard et avoir un numéro d'assurance maladie valide.

## Autres critères d'admissibilité

### Family Health Benefit Drug Program

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

**Catastrophic Drug Program** : dès qu'un ménage a utilisé un certain pourcentage de son revenu pour couvrir le coût de médicaments admissibles, le coût de tous les autres médicaments d'ordonnance admissibles est couvert pour le reste de l'année de programme par le Catastrophic Drug Program.

Revenu total du ménage	Taux
0 \$ à 20 000 \$	3 %
> 20 000 \$ à 50 000 \$	5 %
> 50 000 \$ à 100 000 \$	8 %
> 100 000 \$	12 %

### Insulin Pump Program

Revenu annuel du ménage	Taux de couverture admissible
0 à 20 000 \$	90 %
> 20 000 \$ à 50 000 \$	80 %
> 50 000 \$ à 100 000 \$	70 %
> 100 000 \$	60 %

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

#### Diabetes Drug Program

- Insuline : 10 \$ par fiole de 10 mL ou 20 \$ par boîte de 5 cartouches d'insuline de 3 mL
- Bandes réactives pour glycémie : 11 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 bandes tous les 30 jours (le patient doit avoir utilisé de l'insuline dans les 150 derniers jours)
- Médicaments par voie orale et matériel d'examen des urines : 11 \$ par ordonnance

**Family Health Benefit Drug Program** : honoraires du pharmacien pour chaque ordonnance

**High Cost Drug Program** : portion du coût des médicaments fondée sur le revenu plus les honoraires du pharmacien pour chaque ordonnance

**Seniors Drug Cost Assistance Plan** : première tranche de 8,25 \$ du coût du médicament plus 7,69 \$ d'honoraires pour chaque ordonnance

**Quit Smoking Program** : les patients doivent assumer tous les coûts approuvés pour les médicaments, à l'exception de la première tranche de 75 \$ par année, remboursée par le programme.

**Home Oxygen Program** : le Régime d'assurance maladie de l'Île-du-Prince-Édouard couvre un maximum de 50 % des dépenses admissibles jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois.

**Hepatitis Program** : les personnes qui présentent un risque d'infection dans le milieu de travail peuvent se procurer le vaccin au prix coûtant.

**Insulin Pump Program** : le programme calcule les montants de la quote-part en fonction du revenu familial, de l'assurance privée et d'autres critères.

**Generic Drug Program** : le bénéficiaire paie de sa poche chacune de ses ordonnances, jusqu'à concurrence du coût maximal du programme établi à 19,95 \$ par ordonnance.

## Franchise

### Catastrophic Drug Program

Revenu total du ménage	Taux
0 \$ à 20 000 \$	3 %
> 20 000 \$ à 50 000 \$	5 %
> 50 000 \$ à 100 000 \$	8 %
> 100 000 \$	12 %

### Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Catastrophic Drug Plan** : la cotisation maximale d'un bénéficiaire correspond à la franchise calculée.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Prix remboursable maximal (PRM)** : coût des ingrédients fondé sur le prix catalogue net du fabricant du produit le moins coûteux d'une catégorie de produits interchangeables auquel on ajoute 6 %.

En l'absence d'un PRM, le prix équivaut à 10 % du coût des ingrédients de tous les médicaments de marque dont le coût de l'ordonnance est de 2 702 \$ ou moins, et à 9,25 % du coût des ingrédients de tous les médicaments de marque dont le coût de l'ordonnance est supérieur à 2 702 \$.

## **Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)**

Décembre 2013 : 25 %

La politique de prix s'applique aux secteurs public et privé.

## **Honoraires : frais et services liés à un produit**

### **1<sup>er</sup> avril 2015**

- Les frais d'exécution d'ordonnance correspondent au tarif habituel, jusqu'à concurrence de 12,36 \$.
- Les frais liés aux produits composés correspondent au tarif habituel multiplié par 1,5, jusqu'à concurrence de 18,54 \$.
- Les honoraires fixés par tête aux termes du Private Nursing Home Program sont établis à 76,52 \$.
- Les frais liés au système d'emballage aux fins d'observance correspondent à 25 \$ par période de 28 jours.
- Les frais liés à l'adaptation d'une ordonnance correspondent aux frais d'exécution actuels multipliés par 1,2.
- Les frais liés au refus de remplir une ordonnance correspondent aux frais d'exécution actuels multipliés par 1,2.
- Les frais liés à la substitution thérapeutique correspondent aux frais d'exécution actuels multipliés par 1,2.

## **Honoraires : services cliniques**

### **Services d'examen des médicaments**

L'examen des médicaments est remboursé aux clients qui y sont admissibles en vertu de l'un des programmes suivants :

- Seniors Drug Cost Assistance Program
- Financial Assistance Program
- Private Nursing Home Program
- Diabetes Drug Program

Tout client admissible a droit à un examen de base des médicaments (EBM) ou à un examen des médicaments contre le diabète (EMD) tous les 365 jours ainsi qu'à un maximum de 4 examens de suivi (SEBM et SEMD). Tout client admissible ayant fait l'objet d'un EMD a droit à une combinaison de SEBM et de SEMD, jusqu'à concurrence de 4 examens de suivi sur une période de 365 jours.

EBM : 52,50 \$; SEBM — 20 \$

EMD : 65 \$; SEMD — 25 \$

## **Marge des pharmacies**

s.o.

## **Coordination des prestations (secteurs public et privé)**

### **1<sup>er</sup> juillet 2014**

Les régimes publics d'assurance médicaments sont les payeurs de derniers recours. Si le résident bénéficie à la fois d'un régime public et d'un régime privé d'assurance médicaments, le régime privé sera d'abord facturé, puis le régime public.

Les clients d'un régime public qui ont souscrit un régime privé d'assurance médicaments paient le moins élevé des montants suivant :

- 20 % de la quote-part du régime public calculée pour les clients non couverts par un régime privé d'assurance médicaments;
- le solde du coût de l'ordonnance après paiement de la portion de l'assurance.

Le régime public d'assurance médicaments couvre le solde du coût de l'ordonnance admissible après soustraction des paiements du client et de l'assurance privée.

## **Coordination des prestations (au sein des autorités compétentes)**

s.o.

## **Processus pour les médicaments d'exception ou restreints**

Le prescripteur peut soumettre une demande en envoyant un formulaire d'autorisation spéciale dûment rempli par courrier ou télécopieur. Dans le cas de certains médicaments, le patient doit soumettre une demande en plus du formulaire d'autorisation spéciale.

Le traitement des demandes d'autorisation spéciale prend jusqu'à 3 semaines.

Le patient et le prescripteur reçoivent un avis une fois la demande approuvée.

Si la demande est refusée, le patient et le prescripteur reçoivent 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, le patient peut se faire rembourser les médicaments délivrés (une seule exécution de l'ordonnance) durant la période d'évaluation, et ce, une fois que tous les renseignements demandés ont été reçus.

## **Politique de remboursement**

Si le bénéficiaire a payé de sa poche à la pharmacie, il dispose d'une période de 6 mois pour envoyer les reçus aux fins de remboursement.

## **Divers**

### **Approvisionnement maximal permis**

**Nursing Home Drug Program** : 35 jours

**Institutional Pharmacy Program** : 35 jours

**AIDS/HIV Program** : 60 jours

### **Children in Care Program**

- 30 jours pour les médicaments ordinaires
- 90 jours pour les médicaments d'entretien
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme galénique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

**Cystic Fibrosis Program** : 60 jours

### **Diabetes Drug Program**

- 30 jours pour l'insuline et les bandes réactives
- 90 jours pour les médicaments par voie orale
- 30 jours pour les médicaments assujettis à une autorisation spéciale
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

### **Family Health Benefit Drug Program**

- 30 jours pour les médicaments ordinaires
- 90 jours pour les médicaments d'entretien
- 30 jours pour les médicaments assujettis à une autorisation spéciale
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

### **Financial Assistance Program**

- 30 jours pour les médicaments ordinaires
- 90 jours pour les médicaments d'entretien
- 30 jours pour les médicaments assujettis à une autorisation spéciale
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

### **Generic Drug Program**

- 30 jours pour les médicaments assujettis à une autorisation spéciale
- 90 jours pour les médicaments ordinaires et d'entretien
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

**Growth Hormone Drug Program** : 30 jours

**Hepatitis 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 pour les médicaments ordinaires
- 90 jours pour les médicaments d'entretien
- 30 jours pour les médicaments assujettis à une autorisation spéciale

- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

### **Quit Smoking Program**

- 7 jours pour les médicaments en vente libre
- 14 jours pour les médicaments d'ordonnance

**Transplant Anti-rejection Drug Program** : 60 jours

**Tuberculosis Drug Program** : 60 jours

### **Catastrophic Drug Program**

- 30 jours pour les médicaments ordinaires et les médicaments assujettis à une autorisation spéciale
- 90 jours pour les médicaments d'entretien
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau médicament, un nouveau dosage, une nouvelle posologie ou une nouvelle forme posologique ne doit pas excéder un approvisionnement de 30 jours.

**High Cost Drug Program** : 30 jours, sauf indication contraire dans les critères du médicament

### **Insulin Pump Program**

- Une pompe tous les 5 ans
- 140 dispositifs de perfusion par an
- 140 réservoirs par an
- Un dispositif d'insertion de recharge par dispositif par an
- 150 pansements adhésifs par an
- 200 pansements transparents stériles par an

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site du [Régime d'assurance médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard](#).

# Terre-Neuve-et-Labrador

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Foundation Plan
- Access Plan
- 65Plus Plan
  - Ostomy Subsidy Program
- Assurance Plan
- Select Needs Plan

### Information générale sur les bénéficiaires

**Foundation Plan** : couvre 100 % du coût des médicaments sur ordonnance admissibles des personnes et des familles qui bénéficient de prestations de soutien du revenu par l'intermédiaire du ministère de l'Enseignement postsecondaire et des Compétences avancées, de certaines personnes recevant des services par l'intermédiaire de régies régionales de la santé, y compris les enfants pris en charge par le ministère des Enfants, des Aînés et du Développement social, et des personnes recevant des soins supervisés.

**Access Plan** : personnes et familles à faible revenu. Le montant de la couverture dépend du revenu familial net et de la situation familiale (voir la section Participation aux coûts ci-dessous).

**65Plus Plan** : résidents âgés de 65 ans et plus qui bénéficient de prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti (SRG). Les résidents couverts en vertu du 65Plus Plan sont aussi admissibles à un remboursement jusqu'à concurrence de 75 % du prix de détail des articles pour stomie couverts par le **Ostomy Subsidy Program**.

**Assurance Plan** : personnes et familles aux prises avec un fardeau financier lié aux coûts élevés de médicaments admissibles.

**Select Needs Plan** : résidents qui ont reçu un diagnostic de fibrose kystique et résidents âgés de 18 ans et moins qui présentent un déficit en hormone de croissance.

## Autres critères d'admissibilité

### Access Plan

- Familles avec enfants, y compris les familles monoparentales : revenu annuel net de 42 870 \$ ou moins
- Couples sans enfants ayant un revenu annuel net de 30 009 \$ ou moins
- Personnes seules dont le revenu annuel net est de 27 151 \$ ou moins

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

**65Plus Plan** : jusqu'à 6 \$ par ordonnance. Le bénéficiaire paie 25 % du prix de détail des articles pour stomie couverts par le Ostomy Subsidy Program.

### Access Plan

Familles (avec enfants)

Revenu	Quote-part
< 30 009 \$	20,0 %
31 000 \$	23,9 %
32 000 \$	27,7 %
33 000 \$	31,6 %
34 000 \$	35,5 %
35 000 \$	39,4 %
36 000 \$	43,3 %
37 000 \$	47,2 %
38 000 \$	51,1 %
39 000 \$	55,0 %
40 000 \$	58,8 %
41 000 \$	62,7 %
42 000 \$	66,6 %
42 870 \$	70,0 %

### Couples (sans enfants)

Revenu	Quote-part
< 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 %

### Célibataires

Revenu	Quote-part
< 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 %

**Assurance Plan** : les personnes admissibles doivent assumer une quote-part calculée en fonction de leur revenu et du coût des médicaments, comme suit :

- 5 % du revenu net si ce dernier est de moins de 40 000 \$
- 7,5 % du revenu net si ce dernier est de 40 000 \$ à moins de 75 000 \$
- 10 % du revenu net si ce dernier est de 75 000 \$ à moins de 150 000 \$

## Franchise

Aucune

## Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Assurance Plan** : la cotisation maximale est fondée sur le revenu net.

Revenu net	Maximum
Jusqu'à 39 999 \$	5,0 %
40 000 \$ à 74 999 \$	7,5 %
75 000 \$ à 149 999 \$	10,0 %

Prenons l'exemple d'une famille dont le revenu net est de 30 000 \$ et dont les frais en médicaments admissibles s'élevaient à 5 000 \$ au cours de l'année précédente. Comme les dépenses en médicaments de cette famille ont dépassé 5 % de son revenu net (1 500 \$), elle est admissible à l'Assurance Plan. La famille doit payer 1 500 \$ du montant total, soit une quote-part de 30 %. L'admissibilité et le pourcentage de la quote-part sont réévalués tous les 6 mois à l'aide des plus récentes données sur le revenu et les frais en médicaments.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Coût défini** : prix courant du fabricant auquel s'ajoute une marge de 8,5 %.

**Prix des unités interchangeableables** : prix unitaire le plus bas parmi tous les médicaments dans une même catégorie du Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary (NIDPF).

**Prix du médicament novateur** : prix établi pour un ingrédient à fournisseur exclusif, tel que celui-ci a été consigné par le service pharmaceutique quand le formulaire de présentation du médicament a été reçu, moins 8,5 %.

**Frais d'ajustement de l'inventaire** : pourcentage établi par le ministre qui peut être inclus dans le prix de facturation d'un médicament figurant dans la liste de médicaments.

Le prix maximal établi pour un médicament ne doit pas excéder 25 % du prix du médicament de marque plus les frais d'ajustement de l'inventaire.

## **Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)**

1<sup>er</sup> juillet 2013 : 25 %

La politique de prix s'applique aux secteurs public et privé.

## **Honoraires : frais et services liés à un produit**

### **Du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016**

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan sont les suivants :

- 11,96 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$
- 23,93 \$ pour les médicaments de 50 \$ à 249,99 \$
- 50 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus

Les honoraires pour le 65Plus Plan sont les suivants :

- 12 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$
- 40 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus

**Frais des préparations magistrales** : 1,5 fois les honoraires de base (12 \$ pour le 65Plus Plan et 11,96 \$ pour tous les autres régimes) pour les produits non composés. Cela s'applique aux produits composés qui contiennent 3 ingrédients ou plus. De plus, 0,10 \$ par sachet-dose sont versés lorsqu'ils sont composés par le pharmacien.

## **Honoraires : services cliniques**

### **Services cognitifs**

- Refus d'exécution : les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,96 \$.
- Gestion des médicaments : les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 11,96 \$ (le montant des frais d'exécution d'ordonnance de base).
- Examen des médicaments : les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ pour les bénéficiaires de plus de 65 ans qui sont atteints de maladies chroniques et qui prennent au moins 3 médicaments, et pour les bénéficiaires (de tous âges) atteints de diabète qui prennent des hypoglycémifiants oraux ou de l'insuline, jusqu'à 72 fois par an par pharmacie.

## Marge des pharmacies

Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP) (c.-à-d. qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au NLPDP ni au client).

## Coordination des prestations (secteurs public et privé)

Le NLPDP est le payeur de derniers recours. Les bénéficiaires doivent d'abord accéder aux régimes d'assurance privés avant de présenter une demande de remboursement au NLPDP.

## Coordination des prestations (au sein des autorités compétentes)

Il faut utiliser les régimes fédéraux avant d'avoir recours aux régimes d'assurance médicaments provinciaux.

## Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Un formulaire de demande d'autorisation spéciale, à la demande des pharmaciens et des médecins, facilite 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 entraînent l'examen du sommaire des réclamations de médicaments du patient. L'utilisation du formulaire est encouragée et permet d'accélérer le processus d'approbation. Elle n'est cependant pas obligatoire.

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement d'une demande de remboursement pour des frais engagés hors province :

- document indiquant qu'un médecin de Terre-Neuve-et-Labrador a orienté la personne vers un service dispensé hors province, ou document indiquant que la personne a été hospitalisée si celle-ci n'a pas fait l'objet d'une orientation hors province;
- reçus originaux des ordonnances exécutées;
- numéro d'identification du bénéficiaire du NLPDP, comme indiqué sur la carte d'assurance médicaments.

## Politique de remboursement

Le remboursement peut être considéré dans des circonstances exceptionnelles. Les demandes de remboursement hors province ne sont prises en compte que si le bénéficiaire a été orienté dans une autre province pour des raisons médicales (approbation obligatoire avant de quitter la province) ou s'il a eu une urgence médicale qui a nécessité une hospitalisation ou de nouveaux médicaments pendant un voyage hors de la province pour des raisons autres que médicales.

## Divers

### Quantité de médicaments prescrits

- Approvisionnement de 90 jours
- Approvisionnement de 30 jours pour les narcotiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines

### Couverture de l'approvisionnement pour les vacances

Les bénéficiaires qui partent **en vacances** à l'extérieur de la province pour une durée de plus de 100 jours peuvent, avec l'approbation du prescripteur, obtenir jusqu'à 2 ordonnances (approvisionnement maximal de 180 jours) pour le même médicament avant de quitter Terre-Neuve-et-Labrador.

### Bandes réactives

1<sup>er</sup> juillet 2016

- Maximum de 2 500 par année pour les bénéficiaires qui prennent de l'insuline à action rapide
- Maximum de 700 par année pour les bénéficiaires qui prennent de l'insuline à action prolongée
- Maximum de 100 par année pour les bénéficiaires qui prennent des médicaments pour le diabète autres que l'insuline
- Maximum de 50 par année pour les bénéficiaires ayant récemment reçu un diagnostic de diabète et qui **ne** prennent **ni** insuline, **ni** aucun autre médicament pour le diabète

**Source :** Pour en savoir plus, visitez le site du [Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program](#).

# Yukon

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Programme d'assurance médicaments (PHRM)
- Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants (CDOP)
- Programme d'aide aux malades chroniques (CHRN)
- Programme de soins palliatifs (PALL)

### Information générale sur les bénéficiaires

**Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants :** enfants 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 selon le *Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*. Le programme peut également inclure les clients en soins palliatifs.

**Programme d'assurance médicaments :** personnes de 65 ans et plus (et leur conjoint de 60 ans et plus) inscrites au Régime d'assurance santé du Yukon. Les clients en soins palliatifs peuvent aussi être admissibles.

**Programme de soins palliatifs :** personnes présentant une maladie à un stade avancé ou en fin de vie (espérance de vie mesurée en mois). Les patients en soins palliatifs ont accès aux prestations par l'intermédiaire du Programme d'assurance médicaments ou du Programme d'aide aux maladies chroniques et doivent être inscrits à un de ces 2 programmes pour être admissibles à la couverture applicable aux soins palliatifs.

**Pour tous les programmes :** les médicaments et services ne sont pas couverts s'ils sont déjà remboursés 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.

## Autres critères d'admissibilité

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.

Un séjour hors territoire de plus de 183 jours consécutifs (6 mois) entraîne la suspension du remboursement des coûts de médicaments et autres services assurés à compter de la date de départ. Une prorogation d'un mois est accordée sur présentation d'une demande 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 Yukon, le résident peut faire une demande de réinscription au programme visé.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

Aucune

### Franchise

**Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants :** 250 \$ par enfant par année. La franchise peut être annulée ou réduite selon le revenu.

**Programme d'aide aux malades chroniques :** 250 \$ par personne par année. La franchise peut être annulée dans le cas des bénéficiaires de soins palliatifs ou selon le revenu.

### Cotisation maximale d'un bénéficiaire

**Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants :** 500 \$ par famille par année

**Programme d'aide aux malades chroniques :** 500 \$ par famille par année

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Solution la moins coûteuse (SMC) :** les prestations du Programme d'assurance médicaments du Yukon sont calculées en fonction de la marque interchangeable la moins coûteuse.

Le coût d'achat réel (CAR) peut inclure un supplément de grossiste jusqu'à un plafond de 14 %.

Une demande écrite de médicament d'exception indiquant les raisons médicales est requise si l'ordonnance précise de ne pas faire de substitution. Si plusieurs médicaments génériques sont disponibles, les antécédents pharmacothérapeutiques du patient doivent être fournis. Si la demande est approuvée, le programme concerné couvre le coût total du médicament.

## **Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)**

s.o.

## **Honoraires : frais et services liés à un produit**

Honoraires : jusqu'à concurrence de 8,75 \$

Frais des préparations magistrales : 13,13 \$

## **Honoraires : services cliniques**

s.o.

## **Marge des pharmacies**

Les pharmacies ont droit à une marge de 30 %, en plus du CAR d'un médicament.

## **Coordination des prestations (secteurs public et privé)**

Dans le cas de tous les régimes publics du Yukon, les résidents doivent d'abord avoir recours aux régimes privés.

## **Coordination des prestations (au sein des autorités compétentes)**

Les résidents doivent d'abord accéder aux autres régimes d'assurance médicaments.

Coordination entre les régimes publics du Yukon : les enfants admissibles au Programme d'aide aux malades chroniques utilisent ce régime avant le Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants.

## **Processus pour les médicaments d'exception ou restreints**

### **Processus de demande**

- Seuls les médecins du Yukon peuvent demander la couverture d'un médicament d'exception.
- Les demandes doivent être soumises par écrit.

Le pharmacien peut demander une approbation initiale de 30 jours lorsqu'un médicament d'exception est prescrit. Le médicament d'exception peut être couvert (dans certains cas) pendant 30 jours s'il figure sur la liste. Si, en vertu des critères du produit, le médicament doit faire l'objet d'une recommandation par un spécialiste, la couverture de 30 jours ne sera pas accordée.

## **Politique de remboursement**

Les bénéficiaires qui règlent eux-mêmes le coût de leurs médicaments peuvent soumettre des reçus si les médicaments sont admissibles à un remboursement en vertu du programme. Les reçus sont évalués en fonction des prix de la liste de médicaments. Les médicaments d'exception doivent être approuvés et les reçus peuvent être antidatés.

Les demandes de règlement qui remontent à plus d'un an ne sont pas remboursées.

Aucun reçu acheminé d'une adresse située en dehors du Yukon n'est remboursé.

## **Divers**

### **Quantité de médicaments prescrits**

Chaque régime d'assurance médicaments paie jusqu'à un maximum de 3 mois d'approvisionnement. Un intervalle de 75 jours doit séparer les périodes d'approvisionnement.

Le médecin doit exercer son jugement professionnel pour déterminer le cours et la durée du traitement de ses patients.

**Source :** Pour en savoir plus, visitez le site du [ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon](#).

# Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

## Admissibilité

### Régimes ou programmes

- Services de santé non assurés (SSNA)

### Information générale sur les bénéficiaires

#### Programme des services de santé non assurés

- Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens*;
- Inuit reconnu par une des organisations inuites de revendication territoriale;
- Innu membre de l'une des 2 communautés innues du Labrador (Davis Inlet et Sheshatshiu);
- Nourrisson de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible
  - qui est actuellement inscrit ou admissible à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial;
  - qui n'est pas couvert en vertu d'une entente distincte avec les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

#### Autres critères d'admissibilité

Les bénéficiaires atteints d'insuffisance rénale chronique sont admissibles à des médicaments supplémentaires qui ne figurent pas sur la liste des médicaments du Programme des SSNA. Les nouveaux bénéficiaires qui ont besoin de médicaments inscrits sur la liste spéciale doivent suivre le processus d'autorisation préalable habituel. Une fois l'admissibilité du patient confirmée, la couverture s'appliquera automatiquement à tous les médicaments de la liste spéciale aussi longtemps que nécessaire.

Les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et qui sont en fin de vie sont admissibles à une liste de médicaments additionnels qui ne font pas partie de la liste des médicaments du Programme des SSNA.

## Participation aux coûts

### Cotisation

Aucune

### Quote-part et coassurance

Aucune

### Franchise

Aucune

### Cotisation maximale d'un bénéficiaire

s.o.

## Information sur les politiques

### Prix des ingrédients

**Équivalent le moins coûteux** : produit dans un groupe de médicaments interchangeables. Les produits interchangeables et la marque la moins coûteuse sont déterminés en fonction des lois ou politiques pharmaceutiques provinciales ou territoriales. Toutefois, les SSNA versent le montant déterminé sur le fichier de prix.

En général, le prix, s'il est établi, est le même que celui de la liste provinciale concernée. Sinon, le prix payé est déterminé selon le prix courant d'un grossiste national.

Il peut y avoir des exceptions. Il convient donc de communiquer avec la personne-ressource des SSNA pour obtenir des renseignements propres à la région concernée.

### Politique de prix des médicaments génériques (pourcentage du médicament de marque)

s.o.

### Honoraires : frais et services liés à un produit

Les honoraires du Programme des SSNA sont déterminés selon le contexte de la province ou du territoire et varient donc à l'échelle du pays.

Les frais d'exécution d'ordonnance pour la méthadone sont versés par dose, selon la formule suivante :

$(\text{frais d'exécution d'ordonnance} \div 7) + 5,10 \$$

Le programme rembourse la totalité des frais d'exécution d'ordonnance habituels des fournisseurs pour chaque délivrance de Suboxone ou de Kadian, jusqu'à concurrence du maximum régional du programme.

## **Honoraires : services cliniques**

**Refus d'exécution** : la pharmacie peut facturer des frais maximaux correspondant à son tarif habituel.

**Frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments à l'essai** : en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, le Programme des SSNA peut couvrir les frais d'exécution associés à la délivrance d'une petite quantité initiale d'un « médicament à l'essai » (approvisionnement de 7 jours) visé par le Trial Prescription Program.

## **Marge des pharmacies**

Les marges, le cas échéant, sont déterminées selon le contexte de la province ou du territoire et varient donc à l'échelle du pays.

## **Coordination des prestations (secteurs public et privé)**

Lorsque le bénéficiaire est couvert par un régime privé d'assurance maladie, les réclamations doivent être soumises tout d'abord à ce dernier.

## **Coordination des prestations (au sein des autorités compétentes)**

Lorsque le bénéficiaire est couvert par un autre régime d'assurance maladie, les réclamations doivent être soumises tout d'abord à ce dernier.

## **Processus pour les médicaments d'exception ou restreints**

Il existe 4 types de médicaments à usage restreint :

- les médicaments à usage restreint pour lesquels les demandes peuvent être approuvées automatiquement en fonction de l'historique du dossier pharmacologique du patient (aucune autorisation préalable n'est nécessaire);
- les médicaments à usage restreint qui nécessitent une autorisation préalable (au moyen du formulaire de demande d'usage restreint);
- les médicaments d'exception qui nécessitent une autorisation préalable (à l'aide de la Demande de médicament d'exception);
- les produits d'usage restreint à quantités ou à fréquence d'utilisation limitées.

À la réception d'une ordonnance pour un médicament à usage restreint ou pour un médicament ne figurant pas sur la liste des médicaments du Programme des SSNA, le pharmacien doit entamer un processus d'autorisation préalable en appelant le Centre des exceptions pour médicaments des SSNA de Santé Canada.

Des renseignements sur le prescripteur et sur le bénéficiaire sont requis par l'analyste des services. Un formulaire de demande pour les médicaments d'exception ou les médicaments à usage restreint, généré par le système informatique, est immédiatement envoyé au prescripteur par télécopieur, si possible. Le prescripteur doit alors faire parvenir aux SSNA le formulaire dûment rempli en utilisant le numéro de télécopieur sans frais indiqué sur le formulaire.

Le Centre d'exception des médicaments examine ensuite les renseignements, puis envoie un avis de décision au pharmacien par télécopieur. Si la demande est acceptée, le pharmacien doit garder la confirmation reçue par télécopie dans ses dossiers aux fins de facturation.

## Politique de remboursement

Les demandes de couverture rétroactive doivent être présentées à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits dans l'année suivant la date du service ou de l'achat sur un formulaire de remboursement du client des SSNA. Le bureau régional évalue la pertinence des réclamations et agit en conséquence. La grande majorité des réclamations sont réglées directement en ligne par transaction électronique. ESI Canada administre le Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé (STRDPSS) pour les médicaments couverts dans le cadre du Programme des SSNA.

## Divers

**Quantité de médicaments prescrits :** le programme rembourse un approvisionnement de 100 jours pour les médicaments visant à traiter une maladie chronique, à moins d'indication contraire du prescripteur.

**Politique de frais d'exécution d'ordonnance à court terme (EOCT) :** en ce qui concerne les renouvellements d'ordonnance de médicaments nécessitant une exécution pendant une période de moins de 28 jours en raison d'un problème d'observance, le programme rembourse au total une seule exécution par période de 28 jours jusqu'à concurrence du maximum régional du programme, à l'exception de ce qui suit :

- renouvellements pour le traitement intermittent d'un problème de santé chronique (p. ex. changement de posologie);
- renouvellements d'ordonnances de médicaments devant être pris « au besoin » (p. ex. PRN);
- ordonnances pour changement de doses;
- ordonnances pour des produits injectables et des suppositoires;

- renouvellements ou nouvelles ordonnances prescrites ou exécutées conformément à une ordonnance de la cour;
- autres circonstances définies par le Programme des SSNA.

Dans le cas de certains médicaments pour lesquels l'exécution d'une ordonnance à court terme est jugée nécessaire sur le plan médical, le programme paie au pharmacien jusqu'à la totalité des frais d'exécution d'ordonnance par période de 7 jours, jusqu'à concurrence du maximum régional du programme. Si ces médicaments sont délivrés sur une base quotidienne, le programme verse au pharmacien le septième des frais.

**Prescription d'opioïdes** : un approvisionnement maximal de 30 jours est couvert pour tous les opioïdes et benzodiazépines. Des frais uniques sont versés par approvisionnement de 30 jours (ou moins si le médicament est prescrit en quantité moindre).

**Bandes réactives pour glycémie** : les clients qui ont recours à l'insuline peuvent recevoir 500 bandes réactives par période de 100 jours. Ils peuvent vérifier leur glycémie jusqu'à 5 fois par jour.

Les clients qui prennent des médicaments pour le diabète associés à un risque élevé d'hypoglycémie peuvent recevoir 400 bandes réactives par période de 365 jours et peuvent vérifier leur glycémie une fois par jour; ceux qui prennent des médicaments associés à un faible risque d'hypoglycémie peuvent recevoir 200 bandes réactives par période de 365 jours et peuvent vérifier leur glycémie 3 à 4 fois par semaine.

Les personnes diabétiques qui ne prennent pas de médicaments contre le diabète peuvent recevoir 200 bandes réactives par période de 365 jours.

**16 mars 2015** : Les clients aux prises avec des troubles médicaux *permanents* peuvent bénéficier d'une couverture des articles de stomie pour une période de 2 ans au lieu d'un an.

**Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) — 1<sup>er</sup> octobre 2013** : Santé Canada transfère à la RSPN de la Colombie-Britannique la responsabilité de la conception, de la gestion et de l'exécution des programmes de santé destinés aux Premières Nations de la province dans le cadre du British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance.

**Source** : Pour en savoir plus, visitez le site des [Services de santé non assurés](#).

# Annexe 1 : Aperçu des politiques de tarification des médicaments génériques

Voici un aperçu des politiques de tarification des médicaments génériques en vigueur. Le prix des médicaments génériques établi à 18 % ou à 15 % du prix de leur équivalent de marque par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) peut avoir préséance sur la tarification fixée par la province ou le territoire. Pour vous renseigner sur la mise en œuvre ou sur un médicament en particulier, communiquez directement avec le régime d'assurance médicaments concerné.

## **Colombie-Britannique**

Couvre 20 % du prix du médicament de marque pour les génériques sous forme orale solide et 35 % du prix du médicament de marque pour les autres génériques. La politique s'applique au secteur public depuis avril 2014.

## **Alberta**

Couvre 18 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques. La politique s'applique aux régimes publics et privés depuis mai 2013.

## **Saskatchewan**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour les médicaments génériques sous forme orale solide et 35 % du prix du médicament de marque pour les génériques de forme non solide. La politique s'applique aux secteurs public et privé depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015.

## **Manitoba**

Le Manitoba a mis en œuvre un cadre réglementaire ou conventionnel relatif aux produits pharmaceutiques génériques et à fournisseurs multiples. Ses critères de soumission imposent au fabricant des prix équivalant à ceux des autres provinces ou territoires, une garantie de prix pour au moins 365 jours et des obligations d'approvisionnement.

## **Ontario**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques. La politique s'applique au secteur public depuis juillet 2010 et au secteur privé depuis avril 2012.

### **Nouveau-Brunswick**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeableables sous forme orale solide dans les secteurs public et privé et 35 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeableables sous forme non solide dans le secteur public depuis juin 2013.

### **Nouvelle-Écosse**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeableables sous forme orale solide et 35 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeableables sous forme non solide depuis novembre 2014.

### **Île-du-Prince-Édouard**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques. La politique s'applique aux secteurs public et privé depuis décembre 2013.

### **Terre-Neuve-et-Labrador**

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques. La politique s'applique aux secteurs public et privé depuis juillet 2013.

### **Yukon**

Aucune politique de tarification des médicaments génériques en vigueur. Toutefois, les pharmacies commandent auprès des grossistes de l'Alberta et de la Colombie-Britannique et reçoivent donc les prix en vigueur dans ces provinces.

## Annexe 2 : Alliance pancanadienne pharmaceutique

Les provinces et territoires ont collaboré afin d'obtenir les meilleurs prix pour les médicaments de marque et génériques couverts par les régimes publics d'assurance médicaments. Ces initiatives, connues auparavant sous les noms d'Alliance pancanadienne d'achat de médicaments et d'Initiative pour le prix des médicaments génériques, portent désormais le nom d'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP).

Créée en août 2010, l'APP est une des initiatives du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé du Conseil de la fédération. L'APP dirige des négociations provinciales et territoriales conjointes visant les médicaments de marque au Canada. Tous les médicaments de marque soumis aux processus d'examen nationaux — le [Programme commun d'évaluation des médicaments \(PCEM\)](#) et le [Programme pancanadien d'examen des médicaments oncologiques \(pCODR\)](#) — aux fins de financement font désormais l'objet de négociations par l'APP.

## Annexe 3 : Cadre pancanadien de tarification modulée

Le cadre pancanadien de tarification des médicaments génériques de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique<sup>ii</sup>, décrit ci-dessous, a été mis en œuvre le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le prix des médicaments génériques est fixé en fonction de leur catégorie<sup>iii</sup> :

**Nouveau médicament à fournisseur exclusif (médicament générique produit par un seul fabricant) :** 75 % du prix du médicament de marque si une entente d'inscription du produit (EIP) ou une entente de tarification relative au produit de marque existe dans une province ou un territoire. Autres médicaments à fournisseur exclusif : 85 %. Les produits concernés feront l'objet d'une réévaluation après 2 ans<sup>iv</sup>.

**2 médicaments génériques :** 50 %

**3 médicaments génériques ou plus :** 25 % pour les formes orales solides<sup>v</sup>; 35 % pour les autres formes (liquides, timbres, produits injectables, inhalateurs, etc.)

Progression : Dès qu'un autre fournisseur commence à vendre sa version du médicament dans une province ou un territoire, le prix du médicament baisse au niveau inférieur (c.-à-d. de 75 % à 50 %; de 50 % à 25 %).

Remarque : En ce qui concerne les produits classés dans la catégorie de « nouveau médicament à fournisseur exclusif », il y a rétroactivité d'un an pour cette section du cadre de tarification. En ce qui concerne toutes les catégories, la province ou le territoire a la possibilité de signer une EIP ou une entente de tarification avec le fabricant du produit de marque si celui-ci offre un meilleur prix.

**Groupe pancanadien à 18 % :** 18 % pour les formes orales solides

**Groupe pancanadien à 15 % :** 15 % pour les formes orales solides

Pour connaître l'état des négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) pour les médicaments de marque ou obtenir la liste pancanadienne des molécules sélectionnées et leur échelle de prix, visitez le site de l'[Alliance pancanadienne pharmaceutique](#).

ii. Le cadre sera réévalué après 3 ans.

iii. La réduction de prix au niveau inférieur repose sur l'arrivée de nouveaux concurrents sur le marché.

iv. Après 2 ans, les provinces et territoires réévalueront le maintien de l'inscription du produit à fournisseur exclusif par rapport aux prix en vigueur à l'échelle internationale et au nombre d'avis de conformité émis par Santé Canada pour ce médicament.

v. Les produits à libération modifiée répondent aux mêmes critères que les comprimés et les gélules ordinaires.

## Annexe 4 : Glossaire

Prenez 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 document et ne constituent pas nécessairement l'unique définition des termes.

### **Composantes des coûts d'ordonnance**

Catégories de coûts dont la somme constitue le coût total de l'exécution d'une ordonnance d'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 honoraires.

### **Coordination des prestations**

Processus qui permet de coordonner les paiements de 2 régimes d'assurance médicaments ou plus (public, privé ou entre entités administratives). 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.

### **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 prend en charge 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 coûts de médicaments ne soit couverte par le programme ou le régime d'assurance médicaments. La franchise peut être un montant fixe ou un pourcentage du revenu (franchise fondée sur le revenu).

### **Groupe bénéficiaire**

Bénéficiaires dans le cadre d'un régime ou d'un programme provincial, territorial ou fédéral précis.

### **Groupe d'âge**

Critères d'admissibilité à un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance médicaments en fonction de l'âge des bénéficiaires.

### **Groupe de revenu**

Critères d'admissibilité à un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance médicaments en particulier en fonction du revenu familial ou individuel.

### **Honoraires**

Montant à payer pour les services d'un dispensateur, tel qu'un pharmacien. Il peut également s'agir des frais d'exécution d'ordonnance, des frais liés aux produits composés ou d'autres frais de service particuliers.

### **Marge**

Montant ajouté au prix coûtant d'un médicament ou d'un ingrédient, généralement établi en fonction d'un pourcentage de ce prix.

### **Politique d'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.

### **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.

### **Propre à une maladie**

Critères d'admissibilité à un régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance médicaments en fonction de la maladie du bénéficiaire.

### **Quote-part 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.

### **Régime ou programme**

Programme provincial, territorial ou fédéral qui fournit une couverture des médicaments à un groupe de population. Les programmes ont des règles définies concernant l'admissibilité, le paiement, etc.

### **Restrictions quant à la couverture**

Étapes que doivent suivre les prescripteurs pour demander la couverture des produits médicamenteux lorsque l'approbation de la couverture nécessite une autorisation préalable du régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance médicaments.

### **Secteur**

Fait référence à la source de financement pour les dépenses de médicaments. « Secteur public » renvoie aux médicaments couverts par des programmes gouvernementaux, tandis que « secteur privé » renvoie à la couverture des régimes d'assurance médicaments privés (c.-à-d. les assurances et les paiements de la poche du client ou en espèces).

### **SRG**

Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral.



**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

---

**icis.ca**

15578-0617

