

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

Document d'information sur les régimes

31 juillet 2020



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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-955-4 (PDF)

© 2020 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, 31 juillet 2020*. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System — Plan Information Document, July 31, 2020*. ISBN 978-1-77109-954-7 (PDF)

Table des matières

Introduction	5
Résumé des changements majeurs (janvier 2019 à décembre 2020)	5
Colombie-Britannique	5
Alberta	5
Saskatchewan	7
Manitoba	7
Ontario	7
Québec	8
Nouveau-Brunswick	9
Nouvelle-Écosse	9
Île-du-Prince-Édouard	10
Terre-Neuve-et-Labrador	10
Yukon	10
Services aux Autochtones Canada	10
Information sur les régimes ou programmes selon la province ou le territoire et la catégorie	11
Colombie-Britannique	11
Admissibilité	11
Participation aux coûts	14
Information sur les politiques	15
Alberta	21
Admissibilité	21
Participation aux coûts	24
Information sur les politiques	24
Saskatchewan	31
Admissibilité	31
Participation aux coûts	33
Information sur les politiques	34
Manitoba	39
Admissibilité	39
Participation aux coûts	40
Information sur les politiques	42

Ontario	44
Admissibilite	44
Participation aux coûts	46
Information sur les politiques	47
Quebec	52
Admissibilite	52
Participation aux coûts	52
Information sur les politiques	54
Nouveau-Brunswick	58
Admissibilite	58
Regimes ou programmes	58
Participation aux coûts	61
Information sur les politiques	64
Nouvelle-Ecosse	67
Admissibilite	67
Participation aux coûts	70
Information sur les politiques	71
Île-du-Prince-Édouard	76
Admissibilite	76
Participation aux coûts	80
Information sur les politiques	82
Terre-Neuve-et-Labrador	88
Admissibilite	88
Participation aux coûts	89
Information sur les politiques	91
Yukon	94
Admissibilite	94
Participation aux coûts	95
Information sur les politiques	96
Services aux Autochtones Canada	98
Admissibilite	98
Participation aux coûts	99
Information sur les politiques	100
Annexe 1 : Aperçu des politiques de tarification des medicaments genériques	105
Annexe 2 : Alliance pancanadienne pharmaceutique	107
Annexe 3 : Cadre pancanadien de tarification modulee	108
Annexe 4 : Glossaire	109

Introduction

Le present document fournit de l'information contextuelle sur les regimes publics federaux, provinciaux et territoriaux d'assurance medicaments a l'echelle du Canada.

Résumé des changements majeurs (janvier 2019 à décembre 2020)

Colombie-Britannique

1^{er} janvier 2019 : Les familles dont le revenu annuel net se situe entre 15 000 \$ et 30 000 \$ ne sont plus tenues de payer une franchise. En conséquence, les familles dont le revenu annuel net est d'au plus 30 000 \$ ne doivent pas payer une franchise. Les quotes-parts sont éliminées pour les familles dont le revenu net est d'au plus 13 750 \$. La contribution maximale aux quotes-parts est réduite pour les familles qui bénéficient du programme d'aide de base dont le revenu net est d'au plus 45 000 \$.

1^{er} avril 2019 : Le prix courant maximal accepté (PCMA) des médicaments de marque sous forme orale solide augmente de 20 % à 25 %.

27 mai 2019 : Le programme Biosimilar Initiative, qui vise à élargir l'utilisation des biosimilaires, est mis en œuvre. L'objectif est de remplacer, à l'horizon du 25 novembre 2019, l'utilisation de certains médicaments biologiques par leur version biosimilaire.

27 août 2019 : L'Assurance Plan (régime Z) est introduit pour couvrir 100 % du coût du médicament abortif Mifegymiso pour toutes les résidentes bénéficiant du Medical Services Plan (MSP).

5 septembre 2019 : La phase 2 du programme Biosimilar Initiative est mise en œuvre.

Alberta

15 janvier 2019 : L'Insulin Pump Therapy Program couvre maintenant les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 3c, le volet d'adhésion aux « fournitures de pompes à insuline seulement » est annulé et les critères cliniques et d'admissibilité du programme sont mis à jour pour normaliser le processus d'évaluation des participants.

1^{er} avril 2019 : La politique de retenue (Holdback Policy) est mise en œuvre. Il s'agit d'un nouveau concept visant à partager le risque associé au respect par Santé Alberta de son budget prévu pour le remboursement des produits pharmaceutiques, c'est-à-dire le paiement des frais d'exécution d'ordonnance, des suppléments et des services pharmaceutiques et de santé publique en 2019-2020.

12 novembre 2019 : La politique sur le coût maximal admissible inclut maintenant 3 catégories de médicaments supplémentaires (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, inhibiteurs calciques et statines). Les personnes qui utilisent un produit visé par cette politique dont le prix est plus élevé que celui indiqué dans la politique ont jusqu'au 11 décembre 2019 pour se faire prescrire un autre produit visé par la politique dont le prix est égal ou inférieur au coût maximal admissible.

12 décembre 2019 : Le programme Biosimilar Initiative, qui vise à élargir l'utilisation des biosimilaires, est mis en œuvre. Les adultes qui utilisent les médicaments biologiques visés doivent les remplacer par leur version biosimilaire à l'horizon du 1^{er} juillet 2020. À cause de la pandémie de COVID-19, la date limite a été repoussée au 15 janvier 2021 pour que les régimes d'assurance médicaments du gouvernement continuent de couvrir la molécule.

1^{er} mars 2020 : Les membres de la famille de moins de 65 ans, y compris le conjoint ou la conjointe et les personnes à charge, ne sont plus admissibles au programme de protection destiné aux aînés (Coverage for Seniors). Les Albertains de 65 ans et plus continuent d'y être admissibles.

1^{er} mars 2020 : Les quotes-parts pour les ordonnances admissibles au titre du programme visant les soins palliatifs ne sont plus requises.

20 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de réduire la demande sur la chaîne d'approvisionnement et de prévenir la constitution de réserves. La structure de quotes-parts prévues aux régimes pour aînés et non collectif est ajustée temporairement à 30 % jusqu'à un maximum de 8 \$ par ordonnance. À l'origine, ces régimes prévoyaient une quote-part de 30 % jusqu'à un maximum de 25 \$ par ordonnance pour un approvisionnement d'au plus 100 jours. Cette mesure a pris fin le 15 juin 2020.

1^{er} avril 2020 : La politique de retenue est éliminée et remplacée par une politique d'ajustement autorisé.

1^{er} avril 2020 : Un programme de protection (Opioid Agonist Therapy Gap Coverage Program) est implanté pour améliorer l'accès au traitement par agonistes opioïdes. Il permet aux Albertains qui n'ont pas adhéré à un régime de services de santé complémentaires d'accéder à un régime gratuit pour obtenir un approvisionnement de 120 jours en buprénorphine/naloxone ou méthadone.

Saskatchewan

18 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter en nombre et en quantité les médicaments d'ordonnance délivrés afin de prévenir la constitution de réserves. La mesure inclut notamment une limite d'un mois d'approvisionnement (jusqu'à un maximum de 35 jours d'approvisionnement) par période de 28 jours pour tous les médicaments qui ne figurent pas à la liste de médicaments d'entretien. Cette mesure a pris fin le 20 mai 2020.

Manitoba

1^{er} avril 2019 : Le taux de franchise, qui se situait entre 3,09 % et 6,98 % en 2018-2019, se situe entre 3,17 % et 7,15 % en 2019-2020.

31 mai 2019 : Les frais de distribution (majoration faite par les distributeurs grossistes au prix courant publié) de tous les produits génériques augmentent de 0 % à 5 %.

19 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à un mois l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 11 mai 2020.

Ontario

1^{er} avril 2019 : La couverture de l'Assurance santé Plus pour les 24 ans et moins a été modifiée et s'applique maintenant seulement à ceux qui n'ont pas d'assurance privée.

1^{er} janvier 2020 : Le gouvernement met en œuvre un modèle de financement par capitation des foyers de soins de longue durée (SLD) qui prévoit qu'aucune quote-part ne peut être facturée à un résident d'un foyer de SLD pour la délivrance de produits pharmaceutiques admissibles au titre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) ou de substances figurant au Formulaire des médicaments. De plus, les services professionnels de pharmacie (frais d'exécution d'ordonnance et services professionnels de pharmacie) offerts aux foyers de SLD, qui étaient auparavant rémunérés à l'acte, seront dorénavant financés par capitation en fonction du nombre de lits. Les demandes de remboursement de médicaments admissibles à la couverture du PMO soumises pour des résidents de foyers de SLD ne comportent aucuns frais d'exécution d'ordonnance.

1^{er} janvier 2020 : Un ajustement temporaire des rapprochements qui est applicable aux paiements versés aux pharmacies est réalisé comme suit : le ministère déduit un pourcentage de la somme des honoraires et de la marge bénéficiaire des pharmaciens qui offrent des prestations pharmaceutiques aux bénéficiaires du PMO autres que les résidents des foyers de SLD entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2023.

1^{er} janvier 2020 : Le prix des médicaments génériques, qui est établi dans le Formulaire des médicaments de l'Ontario, est touché par la modification du plafond pour les paiements aux conditions commerciales habituelles, qui était fixé à 10 %.

20 mars 2020 : Une recommandation est émise pour limiter temporairement à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette recommandation a pris fin le 15 juin 2020.

1^{er} avril 2020 : Des modifications réglementaires sont apportées pour permettre aux produits commercialisés sous une marque de distributeur de faire partie de la liste de médicaments couverts par la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* (LRMO) ou de la liste des médicaments interchangeables de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* (LIMHP).

Québec

1^{er} juillet 2019 : L'échelle des primes basées sur le revenu familial net augmente de 0 \$ à 616 \$ à 0 \$ à 636 \$ par personne pour l'année 2019-2020.

1^{er} juillet 2019 : La franchise mensuelle passe de 19,90 \$ à 21,75 \$ pour l'année 2019-2020.

1^{er} juillet 2019 : La coassurance (pourcentage du coût des médicaments à payer une fois la franchise soustraite le cas échéant) passe de 34,9 % à 37 % pour l'année 2019-2020.

1^{er} juillet 2019 : La contribution maximale passe de 90,58 \$ à 93,08 \$ par mois ou de 1 087 \$ à 1 117 \$ par année pour l'année 2019-2020. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus qui reçoivent 1 % à 93 % du Supplément de revenu garanti, la contribution maximale passe de 53,16 \$ à 54,08 \$ par mois ou de 638 \$ à 649 \$ par année pour l'année 2019-2020.

1^{er} juillet 2020 : L'échelle des primes basées sur le revenu familial net augmente de 0 \$ à 636 \$ à 0 \$ à 648 \$ par personne pour l'année 2019-2020.

1^{er} juillet 2020 : La contribution maximale passe de 93,08 \$ à 95,31 \$ par mois ou de 1 117 \$ à 1 144 \$ par année pour l'année 2019-2020. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus qui reçoivent 1 % à 93 % du Supplément de revenu garanti, la contribution maximale passe de 54,08 \$ à 54,83 \$ par mois ou de 649 \$ à 658 \$ par année pour l'année 2019-2020.

Nouveau-Brunswick

1^{er} août 2019 : Les primes mensuelles pour le régime de médicaments d'ordonnance destiné aux aînés de Croix Bleue Medavie passent de 115 \$ à 125 \$.

16 mars 2020 : L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick demande aux pharmacies communautaires de limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance pour prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 23 avril 2020.

20 mars 2020 : Le régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick impose une quote-part aux adhérents seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours ou du renouvellement de l'ordonnance. Cette mesure a pris fin le 23 juin 2020.

Nouvelle-Écosse

1^{er} avril 2019 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,95 \$ à 12,10 \$ pour les articles de stomie, de 17,92 \$ à 18,15 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables), et de 11,95 \$ à 12,10 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone).

18 mars 2020 : L'Ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse demande aux pharmacies de limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance tout en faisant appel à leur jugement professionnel. Les programmes Pharmacare acceptent les demandes de remboursement de médicaments délivrés pour 30 jours sans exiger l'autorisation du prescripteur même si la quantité indiquée sur l'ordonnance est supérieure à 30 jours. Cette mesure a pris fin le 19 mai 2020.

1^{er} avril 2020 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 18,15 \$ à 18,37 \$ pour les produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables) et de 12,10 \$ à 12,25 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone) et les articles de stomie.

23 avril 2020 : Pour les programmes Pharmacare destinés aux aînés et aux familles, le gouvernement accepte d'assumer toute quote-part supplémentaire associée à la distribution plus fréquente des médicaments en raison de la limite d'approvisionnement de 30 jours. Cette mesure a pris fin le 30 juin 2020.

23 avril 2020 : Le régime Pharmacare du ministère des Services communautaires n'exige plus la quote-part de 5 \$ pour toutes les ordonnances.

Île-du-Prince-Édouard

1^{er} janvier 2019 : Le nouveau Programme de fournitures pour stomisés est adopté pour offrir une aide financière aux personnes vivant avec une stomie permanente. Le programme assume entre 60 % et 90 % des dépenses admissibles, selon le revenu de la personne.

2 décembre 2019 : Le Programme d'abandon du tabac fait l'objet d'une révision pour permettre aux résidents admissibles de recevoir un traitement unique continu (12 semaines consécutives) à l'aide de produits de remplacement de la nicotine ou de médicaments conçus pour l'abandon du tabac. Le traitement peut avoir lieu une seule fois par période de 12 mois et est offert gratuitement.

Mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Les bénéficiaires des programmes Pharmacare paient dorénavant un tiers de leur quote-part (si le médicament pouvait être prescrit pour une période de 90 jours) pendant les jours où l'approvisionnement est limité. Cette mesure a pris fin le 22 mai 2020.

Terre-Neuve-et-Labrador

19 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments afin de prévenir la constitution de réserves. De plus, les adhérents paient une quote-part seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours ou du renouvellement de l'ordonnance. Cette mesure a pris fin le 4 mai 2020.

Yukon

14 mai 2020 : Des modifications temporaires sont adoptées en vertu desquelles les pharmaciens peuvent décider, en faisant appel à leur jugement, de renouveler à plus d'une reprise une ordonnance pour un maximum de 30 jours et de prescrire certains médicaments. Ces modifications resteront en vigueur pendant 30 jours après la levée de l'état d'urgence par le gouvernement du Yukon ou jusqu'à ce que le registraire des pharmaciens émette de nouvelles directives.

Services aux Autochtones Canada

20 mars 2020 : Le Programme des SSNA accepte temporairement les demandes de paiement relatives à des approvisionnements supérieurs à 30 jours pour des médicaments habituellement visés par sa politique d'approvisionnement maximal de 30 jours (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, gabapentine, prégabaline, stimulants et nabilone) en se fiant au jugement professionnel des pharmaciens. Cette mesure a pris fin le 1^{er} juin 2020.

27 avril 2020 : Pour soutenir l'accès des nourrissons non inscrits aux prestations du Programme des SSNA pendant la pandémie de COVID-19, le Programme des SSNA prolonge jusqu'à l'âge de 24 mois la couverture des nourrissons non inscrits ayant un parent admissible. Cette mesure temporaire est en vigueur jusqu'à nouvel ordre.

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)
- Recipients of BC 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)*
- Thérapies de remplacement de la nicotine (Plan S)
- First Nations Health Benefits (Plan W)*
- Assurance (Plan Z)

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

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, S, W et Z, 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.

Recipients of BC Income Assistance : Bénéficiaires de l'aide au revenu et de prestations médicales de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministère du Développement social et de la Lutte contre la pauvreté, ainsi qu'enfants et jeunes pris en charge par le ministère du Développement de l'enfant et de la famille ou faisant l'objet d'une entente avec ce ministère.

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 destinés au traitement de troubles mentaux ou de troubles de consommation d'opioïdes, 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, 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. Par « maison », on entend l'endroit où la personne vit, qu'elle habite son propre domicile, chez des parents ou amis, dans une résidence avec services ou un logement supervisé, ou encore dans une unité de soins palliatifs d'un établissement de soins en hébergement.

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.

Thérapies de remplacement de la nicotine : 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 produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) sont entièrement couverts pour tous les résidents de la Colombie-Britannique. Le patient et le pharmacien doivent tous deux signer un formulaire de déclaration.

First Nations Health Benefits : Les bénéficiaires doivent avoir le statut d'Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens* ou être un enfant de moins de 24 mois dont au moins un des parents a le statut d'Indien inscrit aux termes de la Loi. Ce programme couvre 100 % des médicaments admissibles des clients qui étaient auparavant bénéficiaires du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada administré par la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN).

Assurance : Individus qui ont besoin des médicaments admissibles (p. ex. médicament abortif Mifegymiso) et de l'aide médicale à mourir et répondent aux critères cliniques.

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, inscrits au Plan B.

Recipients of BC Income Assistance : Les bénéficiaires doivent recevoir des prestations médicales et une aide au revenu ou une aide aux personnes handicapées du ministère du Développement social et de la Lutte contre la pauvreté ou encore être visés par le *Child, Family and Community Services Act* (Drug Plans Regulation en vertu du *Pharmaceutical Services Act*) du ministère du Développement de l'enfant et de la famille.

Children in the At Home Program : Les bénéficiaires doivent être âgés de 18 ans et moins, être résidents de la Colombie-Britannique, 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 ou par agonistes opioïdes et couvert au titre du régime, être admissibles aux prestations complémentaires 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.

First Nations Health Benefits : L'admissibilité est déterminée par la RSPN. Les bénéficiaires doivent être couverts par le MSP et ne pas être admissibles à une couverture complète d'assurance médicaments en vertu d'un traité et un accord sur des revendications territoriales aux termes de la *Loi constitutionnelle de 1982* ou d'une entente écrite entre une organisation des Premières Nations et le gouvernement fédéral du Canada ou un gouvernement d'une province canadienne.

Assurance : Les résidents qui ont terminé le processus d'inscription au MSP, mais qui n'ont pas encore terminé la période d'attente obligatoire de 3 mois, peuvent bénéficier d'une couverture exceptionnelle pour les médicaments figurant au formulaire pendant leur période d'attente.

Participation aux coûts

Cotisation

Aucune

Quote-part et coassurance

Fair PharmaCare : Après le paiement de la franchise annuelle déterminée en fonction du revenu, 30 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal. Aucune quote-part n'est exigée aux familles dont le revenu net est d'au plus 13 750 \$.

Fair PharmaCare Enhanced Assistance : Une fois la franchise annuelle payée, 25 % des coûts admissibles pour les médicaments d'ordonnance jusqu'au montant annuel maximal. Aucune quote-part n'est exigée aux familles dont le revenu net est d'au plus 14 000 \$.

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 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, W et P, ainsi qu'à ceux qui ont atteint le maximum familial de Fair PharmaCare.

Franchise

Fair PharmaCare — aide de base

Revenu familial net	Franchise approximative en 2020 en pourcentage du revenu net
< 30 000 \$	0 %
> 30 000 \$	2 % à 3 %

Fair PharmaCare — aide particulière

Revenu familial net	Franchise approximative en 2020 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 — aide de base

Revenu familial net	Maximum approximatif en 2020 en pourcentage du revenu net
< 13 750 \$	0 %
13 750 \$ à 30 000 \$	1 % à 2 %
30 000 \$ à 40 000 \$	3 %
> 40 000 \$	4 %

Fair PharmaCare — aide particulière

Revenu familial net	Maximum approximatif en 2020 en pourcentage du revenu net
< 14 000 \$	0 %
14 000 \$ à 33 000 \$	1 %
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; 2 % pour les médicaments oraux contre l'hépatite C).

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, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, inhibiteurs de la pompe à protons 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 bandelettes 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 %.

Programme Biosimilar Initiative : À partir du 6 mars 2020, PharmaCare ne couvre que la version biosimilaire des médicaments d'origine sélectionnés pour les indications concernées.

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

1^{er} avril 2019 : Le prix des médicaments génériques est établi ainsi :

- 25 % 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 10 % 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 : Maximum de 10 \$. 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 : Depuis le 1^{er} 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 si le vaccin a été administré par injection par un pharmacien autorisé.

Abandon du tabac : Un montant de 10 \$ est accordé pour les frais d'exécution d'ordonnance de toute thérapie de remplacement de la nicotine (maximum de 3 par année).

Refus de remplir une ordonnance (frais de services particuliers) : Jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance maximums (10 \$ par service).

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, 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 \$ (maximum de 2 par année, intervalle minimum de 6 mois)
- Consultation avec le pharmacien — 70 \$ (maximum de 2 par année, intervalle minimum de 6 mois)
- 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

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 onéreuxⁱ : 5 %
- Produits assujettis au maximum du CAR : 7 %

Le 1^{er} mars 2017, la marge maximale pour certains médicaments contre l'hépatite C couverts par PharmaCare passe de 5 % à 2 %.

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

Coordination des prestations (secteurs public et privé)

PharmaCare ne couvre pas les résidents de la Colombie-Britannique 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.

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 n'est offerte.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Le système PharmaNet a été mis à jour de façon à ce qu'il renouvelle automatiquement, jusqu'au 1^{er} juillet 2020, l'autorisation spéciale (Special Authority) pour certains médicaments dont le statut de couverture est limité. Cette mesure vise à éviter que les prescripteurs doivent voir des patients pour renouveler une autorisation spéciale pendant la pandémie de COVID-19.

Il est possible de ne pas appliquer les critères qui amènent les patients à se rendre à un laboratoire ou à passer des tests diagnostiques non essentiels pour obtenir une autorisation spéciale afin de réduire les contacts entre les patients et de respecter les consignes de distanciation physique. Ces mesures sont exceptionnelles, feront l'objet d'une réévaluation dans 6 mois et sont prises au cas par cas.

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).

Programme Biosimilar Initiative : La phase 1 du programme s'adresse aux patients qui prennent Remicade^{MD} pour la plupart des indications non gastrointestinales, Enbrel^{MD} pour la plupart des indications et Lantus^{MD}, qui doivent passer à une version biosimilaire au plus tard le 25 novembre 2019. La phase 2 du programme vise les patients qui prennent Remicade^{MD} pour des indications gastrointestinales, qui doivent passer à une version biosimilaire au plus tard le 5 mars 2020.

Quantités maximales des bandelettes réactives pour glycémie : Les quantités maximales annuelles dépendent de la catégorie du traitement pour le diabète du bénéficiaire :

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

Pompes à insuline et fournitures connexes : Depuis le 3 juillet 2018, les pompes à insuline et les fournitures connexes sont couvertes pour les personnes atteintes de diabète, peu importe l'âge.

- PharmaCare couvre entièrement le système de gestion de l'insuline Omnipod®, peu importe le régime.
- Si le système Omnipod® ne convient pas au patient sur le plan clinique, la couverture qui suit peut être accordée exceptionnellement pour un système de pompe à insuline MiniMedMC :
 - 100 % des coûts avec le Plan C, le Plan F ou le Plan W;
 - 70 % des coûts excédant la franchise et 100 % des coûts excédant le maximum familial du régime Fair PharmaCare.

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 de 84 jours consécutifs soit pour un médicament prescrit pour l'abandon du tabac — bupropion ou varénicline (selon la couverture de la personne au régime Pharmacare : Fair PharmaCare, régime B, régime C, régime G ou régime W) — 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 et couvert à 100 % même s'ils n'ont pas d'ordonnance).

Assurance : Les médicaments administrés dans le cadre de l'aide médicale à mourir sont ajoutés au formulaire du régime Z le 20 mars 2020.

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

Alberta

Admissibilité

Régimes ou programmes

- Seniors (Plan 66)
- Palliative (Plan P)
- Non-Group (Plan 1)
- 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 de services de santé pour les personnes à faible revenu*
- Retina Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Program for Intraocular Disease (RAPID)*
- Women's Choice Program*
- Alberta HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Program*
- Opioid Agonist Therapy (OAT) Gap Coverage Program*

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

Information générale sur les bénéficiaires

Seniors : Résidents âgés de 65 ans et plus.

Palliative : Résidents en soins palliatifs traités à domicile ou dans un centre de soins palliatifs sans accès à des médicaments financés par le secteur public.

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 liée à l'âge.

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 ou de type 3c qui sont suivis par un médecin ou une infirmière praticienne et qui répondent aux critères cliniques d'admissibilité pour recevoir une pompe à insuline.

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** : 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.

RAPID : Couvre 3 médicaments pour le traitement des patients ayant certaines affections oculaires.

Women's Choice Program : Femmes résidant en Alberta qui sont inscrites au Régime d'assurance maladie de l'Alberta (Alberta Health Care Insurance Plan — AHCIP), qui ont un numéro d'assurance maladie valide et une ordonnance valide de Mifegymiso.

Alberta HIV PrEP Program : Résidents de l'Alberta qui sont inscrits à l'AHCIP, qui ont un numéro d'assurance maladie valide, qui présentent un risque élevé et constant de contracter une infection par le VIH, qui répondent aux critères d'admissibilité et qui ont une ordonnance valide d'un prescripteur désigné.

OAT Gap Coverage Program : Résidents qui ont une ordonnance valide de buprénorphine/naloxone ou de méthadone, qui n'ont pas de couverture complémentaire, qui sont inscrits à l'AHCIP et qui ont un numéro d'assurance maladie valide.

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 à l'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, dans un établissement de soins de longue durée, dans un hôpital ou dans un centre de soins palliatifs sans accès à des médicaments, à des fournitures pour diabétiques et à des services ambulanciers financés par le secteur public.

Non-Group : La personne est inscrite à l'AHCIP, a moins de 65 ans 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 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

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 que les régimes de services de santé complémentaires de l'Alberta paient pour un produit pharmaceutique particulier dans un ensemble de médicaments à effet thérapeutique équivalent assujettis au CMA.

Prix courant du fabricant (PCF) : Le coût unitaire maximum établi pour un produit pharmaceutique dans un regroupement particulier de médicaments utilisés pour le traitement d'une affection courante. Les bénéficiaires qui choisissent des produits plus chers doivent assumer la différence de prix.

Prix de base : Le prix à l'unité d'un médicament, d'un produit pharmaceutique ou d'un produit, publié par Croix Bleue Alberta et figurant 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 : S'applique à tout produit pharmaceutique — autre qu'un médicament de marque — figurant ou en voie de figurer sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta.

- Le prix fixe des produits pharmaceutiques figurant ou en voie de figurer sur la liste et qui ne sont pas assujettis à la pan-Canadian Select Molecule Price Initiative doit être inférieur ou égal au prix SMC de la liste des médicaments couverts de Santé Alberta la plus récente, au prix établi dans le cadre de la pan-Canadian Generic Initiative ou au prix publié dans la liste des médicaments couverts de Santé Alberta de février, selon le moins élevé.
- Le prix fixe des produits pharmaceutiques assujettis à la pan-Canadian Select Molecule Price Initiative doit être le même que celui établi par cette dernière.

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

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, ce qui peut notamment comprendre

- l'ajout à la liste des médicaments couverts d'un nouveau médicament interchangeable qui entraîne la création d'un nouveau groupe de médicaments interchangeables;
- le retrait d'un produit pharmaceutique de la liste des médicaments couverts ou du marché.

Programme Biosimilar Initiative : À compter du 12 décembre 2019 dans le cadre du programme Biosimilar Initiative, les adultes qui utilisent les médicaments biologiques visés doivent les remplacer par leur version biosimilaire à l'horizon du 1^{er} juillet 2020 pour que les régimes d'assurance médicaments du gouvernement continuent de couvrir la molécule. À cause de la pandémie de COVID-19, la date limite a été repoussée au 15 janvier 2021. À la fin de la période allouée au remplacement, les régimes d'assurance médicaments du gouvernement de l'Alberta ne couvriront que les versions biosimilaires des médicaments biologiques visés.

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

Avril **2010** : Le prix des médicaments génériques existants et figurant sur la liste des médicaments couverts de Santé Alberta est réduit à 56 % du prix du médicament de marque, et à 45 % dans le cas des nouveaux médicaments génériques.

1^{er} juillet 2012 : Le prix des médicaments génériques existants et nouveaux est réduit davantage, soit à 35 % du prix du médicament de marque.

1^{er} mai **2013** : L'Initiative sur la tarification des médicaments génériques de l'APP réduit le prix de 6 des médicaments les plus souvent prescrits à 18 % du prix des médicaments de marque.

1^{er} avril **2014** : La tarification des médicaments génériques existants est fixée au plus bas prix en vigueur, alors qu'elle est modulée pour les nouveaux médicaments génériques :

- 70 % pour un médicament générique
- 50 % pour 2 médicaments génériques
- 25 % pour 3 médicaments génériques
- 18 % pour 4 médicaments génériques ou plus

1^{er} avril **2015** : La tarification des médicaments génériques existants est basée sur le cadre pancanadien de tarification modulée et est modulée comme suit :

- Niveau 1 : 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 toute autorité compétente, sans quoi le prix est fixé à 85 % du prix du médicament de marque
- Niveau 2 : 50 %
- Niveau 3 : 25 % pour les formes orales solides, 35 % pour les autres formes (liquides, timbres, produits injectables, inhalateurs, etc.)

Honoraires : frais et services liés à un produit

Frais d'exécution d'ordonnance : Depuis le 17 mai 2018, des frais d'exécution de 12,15 \$ par ordonnance sont permis, sauf pour les produits composés préparés en magasin, les fournitures pour diabétiques et les produits nutritionnels.

Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments délivrés chaque jour sont limités à 3 facturations par jour par patient. Les frais d'exécution de renouvellement d'ordonnances pour une provision de 2 à 27 jours sont limités à 2 facturations par médicament par période de 28 jours par patient.

Des exemptions sont accordées pour les traitements de la dépendance aux opioïdes, les ordonnances à court terme, et les médicaments visés par le Women's Choice Program, le Naloxone Program et l'Alberta Public Health Activities Program.

Frais liés aux produits composés : Depuis le 17 mai 2018, 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 d'une pharmacie qui fait de la préparation et du conditionnement, le coût correspond au prix d'achat agrégé, plus le supplément admissible (7 % jusqu'à concurrence de 100 \$ à compter du 17 mai 2018), plus des frais d'exécution d'ordonnance de 12,15 \$.

Frais d'évaluation des médicaments

- Mise à l'essai d'une pharmacothérapie — 20 \$
- Substitution thérapeutique — 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 \$
- Continuité des soins en cas d'état d'urgence — 20 \$

Administration d'un vaccin : 13 \$, ce qui comprend les vaccins antipneumococciques pour les aînés et ceux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire (DTCa) pour les femmes enceintes, depuis le 1^{er} janvier 2019.

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

Depuis le 17 mai 2018,

- 100 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 20 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par tout pharmacien (aucuns frais supplémentaires pour les pharmaciens cliniciens ayant une autorisation de prescription élargie);
- le nombre d'examens de suivi en vertu du CACP est plafonné à 12 par année par patient.

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, 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

Depuis le 17 mai 2018,

- 60 \$ par examen des médicaments une fois par 365 jours et 20 \$ par suivi pour une évaluation effectuée par tout pharmacien (aucuns frais supplémentaires pour les pharmaciens cliniciens ayant une autorisation de prescription élargie);
- le nombre d'examens de suivi en vertu de la SMMA est plafonné à 12 par année par patient.

Continuité des soins : Depuis le 17 mai 2018, des frais de 20 \$ peuvent être imposés pour une évaluation visant la continuité des soins advenant la déclaration d'une situation d'urgence.

Marge des pharmacies

Jusqu'au 31 mars 2020

Supplément admissible	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
No 1	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
No 2*	5,5 %	6 %	6,5 %	7 %	7 %	7 %	7 %

Remarque

* Supplément no 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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une politique temporaire d'approvisionnement d'au plus 30 jours en médicaments d'ordonnance est mise en place le 20 mars 2020 afin de prévenir la constitution de réserves. La structure de quotes-parts prévues aux régimes destinés aux aînés et non collectif est ajustée temporairement à 30 % jusqu'à un maximum de 8 \$ par ordonnance pour un approvisionnement d'au plus 30 jours. Cette mesure a pris fin le 15 juin 2020.

Abandon du tabac : Dans le cadre des programmes destinés aux personnes à faible revenu, la couverture restreinte de 500 \$ par adhérent pour la thérapie de remplacement de la nicotine est augmentée à 1 000 \$ le 3 avril 2020 compte tenu de la pandémie de COVID-19.

Quantité de médicaments prescrits : Les régimes Seniors, Non-Group et Palliative 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 hypoglycémisants
- médicaments pour la thyroïde
- vitamines
- contraceptifs oraux
- médicaments antihypertenseurs
- œstrogènes conjugués
- médicaments antiarthritiques

Diabetic Supply Coverage : Les résidents adhérant aux régimes pour les aînés, pour les soins palliatifs et non collectif **bénéficient** d'un montant maximum de 600 \$ par année pour des fournitures pour diabétiques, ce qui comprend des bandelettes réactives pour glycémie, des bandelettes urinaires, des lancettes, des seringues et des aiguilles. Les résidents adhérant aux programmes destinés aux personnes à faible revenu sont couverts pour les fournitures pour diabétiques sans être assujettis à une limite annuelle et peu importe le type de traitement contre le diabète.

RAPID : Le 1^{er} octobre 2015, Santé Alberta a lancé le projet pilote RAPID en partenariat avec la Retina Society of Alberta. RAPID permet aux patients atteints de certaines affections oculaires de recevoir un traitement à l'Avastin ou au Lucentis pour prévenir la perte de la vue. Depuis le 1^{er} août 2017, RAPID accepte un autre médicament, l'Eylea.

Alberta HIV PrEP Program : Depuis le 1^{er} octobre 2018, les versions génériques de l'association de fumarate de ténofovir disoproxil/emtricitabine (TDF/FTC) pour un traitement de prophylaxie pré-exposition (PrEP) anti-VIH sont entièrement couvertes pour tous les résidents de l'Alberta qui présentent un risque élevé et constant de contracter une infection par le VIH et qui ont une prescription valide d'un prescripteur désigné. Un prescripteur désigné est un médecin, ou autre professionnel de la santé prescripteur, en mesure d'évaluer les besoins médicaux d'une personne et sa disposition à suivre le traitement PrEP dans le cadre d'un plan personnalisé et exhaustif de prévention du VIH et qui est inscrit sur la liste des prescripteurs dans le cadre du programme PrEP des Services de santé de l'Alberta.

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 de travailleurs 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 ou un supplément pour logement locatif dans le cadre du Saskatchewan Rental Housing Supplement (SRHS) du ministère des Services sociaux. (Remarque : Le 1^{er} juillet 2018, le SRHS a cessé d'accepter de nouvelles demandes, mais les clients existants continuent de recevoir des prestations tant qu'ils restent admissibles.)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans	Revenu familial net de l'année précédente déclaré à l'Agence du revenu du Canada
1 à 3	< 29 291 \$
4 à 10	Supplément de 1 392 \$ par enfant additionnel
11 à 15	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, 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 : Résidents qui sont pupilles de l'État, détenus d'un établissement correctionnel provincial, bénéficiaires du SIP qui résident dans un établissement de soins et personnes inscrites à certains programmes de soutien du revenu. Les bénéficiaires sont admissibles à une gamme de services de santé, notamment des services auditifs, dentaires, d'optique, de podiatrie et d'ambulance terrestre, ainsi que certaines fournitures médicales et une couverture complète ou à prix réduit des médicaments prescrits.

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

Saskatchewan Insulin Pump Program : Résidents de 25 ans ou moins atteints du diabète de type 1 qui ont besoin d'une pompe pour stabiliser leur glycémie.

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, 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 admissibles paient un maximum de 25 \$ par ordonnance; il n'y a 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)

Le prix des médicaments génériques (à quelques exceptions près, y compris ceux figurant sur la liste pancanadienne des molécules sélectionnées) est établi selon le cadre pancanadien de tarification modulée, comme suit :

- 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 toute autorité compétente
- autres médicaments à fournisseur exclusif : 85 %
- 2 médicaments génériques : 50 %
- 3 médicaments génériques ou plus : 25 % pour les formes orales solides; 35 % pour toutes les autres formes (liquides, timbres, produits injectables, inhalateurs, etc.)

Honoraires : frais et services liés à un produit

Frais d'exécution d'ordonnance : Depuis le 1^{er} novembre 2018, les frais d'exécution d'ordonnance maximaux sont de 11,60 \$.

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 11,60 \$) 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^{er} avril 2015 : Sovaldi plus Ibavyr et Harvoni. Médicaments approuvés en date du 1^{er} avril 2017 : Daklinza, Epclusa, Sunvepra et Zepatier.

Systeme 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.

Administration d'un vaccin : 13 \$

Injections : 13 \$ pour l'injection de médicaments approuvés (p. ex. 150 mg/mL d'acétate de médroxyprogestérone); maximum de 5 injections par an.

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 au 1^{er} janvier 2017.

Honoraires : services cliniques

Refus d'exécuter : Liste précise de médicaments; possibilité de facturer 1,5 fois le tarif d'exécution d'ordonnance habituel de la pharmacie pour maximum de 17,40 \$ par demande.

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 pour maximum de 17,40 \$ par demande.

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 par an, jusqu'à concurrence de 40 \$ par personne et par an.

Medication Assessment and Compliance Packaging Program

- Évaluation des médicaments — une fois par année, frais d'évaluation du médicament de 60 \$ 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 et soins personnels : 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; évaluation et prescription pour 27 affections bénignes ou soins personnels (y compris infection non compliquée des voies urinaires chez la femme, zona, conjonctivite, obésité, contraception hormonale, contraception d'urgence, onychomycose, grippe, dysfonctionnement érectile et abandon du tabac).

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
- Jusqu'à 300 \$ par an (2 \$ par minute) dans le cadre du programme Partnership to Assist With Cessation of Tobacco (PACT).

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 : Coût d'achat ainsi que la marge ci-dessus, plus une marge de 50 % au lieu de frais d'exécution d'ordonnance.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une mesure temporaire est prise en mars 2020 pour limiter en nombre et en quantité les médicaments d'ordonnance délivrés afin de prévenir la constitution de réserves. La mesure inclut notamment une limite d'un mois d'approvisionnement (jusqu'à un maximum de 35 jours d'approvisionnement) par période de 28 jours pour tous les médicaments qui ne figurent pas à la liste de médicaments d'entretien. Cette mesure a pris fin le 20 mai 2020.

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 rembourse pas ni ne crédite 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 reçoivent une pompe à insuline (couverte jusqu'à un maximum de 6 300 \$) payée par le programme SAIL; ils reçoivent 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).

Programme de vaccination antigrippale : Les pharmaciens peuvent administrer des vaccins contre la grippe, financés par le secteur public, aux personnes âgées d'au moins 5 ans au cours de visites à domicile et dans des milieux d'habitations collectives.

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
- Programme de médicaments dans les foyers de soins personnels
- 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, et dont les ordonnances ne sont pas couvertes par un autre programme provincial ou fédéral.

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.

Programme de médicaments dans les foyers de soins personnels : Résidents de foyers de soins personnels.

Programme d'accès aux médicaments pour soins palliatifs : Résidents en phase terminale qui veulent rester chez eux ou dans une autre résidence.

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, et 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 2019-2020

Seuil minimal	Seuil maximal	Franchise
0 \$	≤ 15 000 \$	3,17 %
> 15 000 \$	≤ 21 000 \$	4,49 %
> 21 000 \$	≤ 22 000 \$	4,53 %
> 22 000 \$	≤ 23 000 \$	4,61 %
> 23 000 \$	≤ 24 000 \$	4,67 %
> 24 000 \$	≤ 25 000 \$	4,72 %
> 25 000 \$	≤ 26 000 \$	4,79 %
> 26 000 \$	≤ 27 000 \$	4,84 %
> 27 000 \$	≤ 28 000 \$	4,91 %
> 28 000 \$	≤ 29 000 \$	4,94 %
> 29 000 \$	≤ 40 000 \$	4,97 %
> 40 000 \$	≤ 42 500 \$	5,39 %
> 42 500 \$	≤ 45 000 \$	5,52 %
> 45 000 \$	≤ 47 500 \$	5,64 %
> 47 500 \$	≤ 75 000 \$	5,71 %
> 75 000 \$	—	7,15 %

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 remboursement multiniveaux des médicaments biologiques

Le patient doit faire l'essai de 2 produits de niveau 1 avant d'être admissible au remboursement d'un produit de niveau 2. Les produits biologiques de niveau 1 sont considérés comme ayant le meilleur rapport qualité-prix.

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

Le 18 août 2017, le Manitoba a instauré un plafond des frais d'exécution d'ordonnance. Les pharmacies peuvent facturer aux programmes de médicaments de la province jusqu'à 30 \$ par ordonnance, sans égard au coût de base d'un médicament ou à son conditionnement.

De plus, les pharmacies peuvent facturer au Régime d'assurance médicaments jusqu'à 30 \$ en frais de préparation en pharmacie.

Les frais de vaccination sont établis à 7 \$ par service.

Dans les cas où les préparations doivent se faire dans un environnement stérile, les pharmacies peuvent facturer au Régime d'assurance médicaments jusqu'à 60 \$. Le Régime d'assurance médicaments ne couvre un produit composé que si l'ingrédient principal de la préparation est lui-même couvert.

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 \$ par ordonnance.

Les honoraires mensuels fixés par tête pour les foyers de soins personnels sont de 47,80 \$ par lit, par mois à Winnipeg et de 48,70 \$ 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.

Depuis le 1^{er} octobre 2017, la couverture des médicaments inscrits à la Partie III de la liste de médicaments assurés par les régimes d'assurance médicaments du Manitoba et par le Programme d'aide à l'emploi et au revenu n'a plus à être approuvée par le Centre des exceptions pour médicaments. Tous ces médicaments nécessitent toujours une approbation initiale, mais pour bon nombre d'entre eux, une fois l'approbation obtenue, celle-ci est indéfinie et les prescripteurs n'ont plus besoin de demander la prolongation ou le renouvellement de la couverture.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une mesure temporaire est prise le 19 mars 2020 pour limiter à un mois l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 11 mai 2020.

À compter du 20 mars 2020, les couvertures de médicaments d'exception, au titre du Régime d'assurance médicaments, du Programme d'accès aux médicaments pour soins palliatifs, du Programme d'aide à l'emploi et au revenu ou du Programme de médicaments dans les foyers de soins personnels, qui viennent à échéance au cours des 3 prochains mois sont automatiquement renouvelées pour une période de 6 mois.

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.

Bandelettes réactives pour glycémie : Le 15 juin 2017, le gouvernement du Manitoba a modifié comme suit la couverture des bandelettes réactives pour glycémie au titre du Régime d'assurance médicaments et du Programme d'aide à l'emploi et au revenu :

- 3 650 bandelettes réactives par année si le patient utilise de l'insuline;
- 400 bandelettes réactives par année si le patient utilise un agent antidiabétique oral associé à un risque élevé d'hypoglycémie;
- 200 bandelettes réactives par année si le patient utilise un agent antidiabétique oral associé à un faible risque d'hypoglycémie ou s'il gère son diabète par l'alimentation et l'exercice physique seulement.

Les patients sont aussi admissibles à recevoir des bandelettes réactives supplémentaires si elles sont médicalement nécessaires.

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

Ontario

Admissibilité

Régimes ou programmes

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)
 - Programme de médicaments Trillium (PMT)
- Programme de médicaments spéciaux (PMS)
- Programme de traitement à la Visudyne
- 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)*

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

Information générale sur les bénéficiaires

Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) : Résidents de 65 ans et plus; enfants et jeunes de 24 ans et moins non couverts par un régime privé; résidents de foyers de soins de longue durée, de foyers de soins spéciaux et de foyers communautaires (Community Homes for Opportunity); bénéficiaires de services professionnels à domicile et de l'aide sociale (Ontario au travail ou Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) et bénéficiaires du PMT.

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

Programme de médicaments Trillium : Résidents qui paient 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 résidents qui ne sont pas admissibles 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 pour traiter la fibrose kystique, la thalassémie, une infection par le VIH, l'anémie, la schizophrénie résistante au traitement et la maladie de Gaucher; résidents qui ont besoin de médicaments à la suite d'une greffe d'organe ou de moelle osseuse; enfants ayant un manque ou un déficit en hormone de croissance. 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. Les résidents ne doivent pas être couverts pour ces médicaments, suppléments ou produits par l'entremise d'une assurance privée ou de leur employeur.

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, ou à traiter une myopie pathologique ou une histoplasiose oculaire présumée. Ce programme rembourse intégralement le coût de la vertéporfine si un examen effectué par un ophtalmologiste participant au programme confirme la nécessité du traitement.

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 ou au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées;
- reçoit des services professionnels de soins à domicile ou en milieu communautaire (Home Care Program) organisés par un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS);
- est inscrit au PMT et a payé la franchise annuelle;
- réside dans un établissement de soins de longue durée ou un foyer communautaire.

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.

Quote-part de 4,28 \$ ou 5,10 \$ pour les ordonnances exécutées par un médecin propharmacien (en fonction de la distance avec la pharmacie agréée).

PMO : Les bénéficiaires âgés de 24 ans et moins non couverts par un régime privé n'ont pas à verser de quote-part.

PMO : Les résidents des établissements de soins de longue durée n'ont pas à verser de quote-part.

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 \$.

Pour la première année d'admissibilité au programme PMO, cette franchise peut être calculée au prorata selon le mois où le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans dans le cycle du programme PMO.

- **PMO** : Les bénéficiaires âgés de 24 ans et moins non couverts par un régime privé n'ont pas à verser de franchise.
- **PMO** : Les résidents des établissements de soins de longue durée n'ont pas à verser de franchise.

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 est 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^{er} 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^{er} 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 Programme d'accès exceptionnel (PAE). Les pharmaciens sont remboursés pour le prix du produit générique dispensé.

1^{er} janvier 2020 : Le prix des médicaments génériques, qui est établi dans le Formulaire des médicaments de l'Ontario, est touché par le retrait du plafond pour les paiements aux conditions commerciales habituelles, qui était fixé à 10 %.

Honoraires : frais et services liés à un produit

Frais d'exécution d'ordonnance : Depuis le 1^{er} 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.

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^{er} 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 d'autres établissements de soins en hébergement financés par la province.

1^{er} janvier 2020 : Le gouvernement met en œuvre un modèle de financement par capitation des foyers de soins de longue durée (SLD). Selon ce modèle, les fournisseurs de services de pharmacie aux foyers de SLD reçoivent une somme par mois calculée en fonction du nombre de lits autorisés dans le foyer de SLD auquel ils offrent des services. Le paiement par capitation par lit est de 1 500 \$ en 2020-2021 (125 \$ par mois); de 1 400 \$ en 2021-2022 (116,67 \$ par mois); de 1 300 \$ en 2022-2023 (108,33 \$ par mois) et de 1 200 \$ en 2023-2024 (100 \$ par mois). En conséquence, les demandes de remboursement de médicaments admissibles à la couverture du PMO soumises pour des résidents de foyers de SLD ne comportent aucuns frais d'exécution d'ordonnance. Les résidents de foyers de SLD n'ont pas à verser de quote-part.

Un ajustement temporaire des rapprochements applicable aux paiements versés aux pharmacies est réalisé comme suit : le ministère déduit un pourcentage de la somme des honoraires et de la marge bénéficiaire des pharmaciens qui offrent des prestations pharmaceutiques aux bénéficiaires du PMO autres que les résidents des foyers de SLD entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2023.

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 même s'ils ne prennent pas de médicaments contre le diabète;
- 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 et 25 \$ par suivi
- 75 \$ par MedsCheck pour le diabète et 25 \$ par suivi
- 150 \$ par MedsCheck à domicile
- Le programme MedsCheck offert aux résidents de foyers de SLD est financé dans le cadre du modèle de financement par capitation.

Vaccination

- 7,50 \$ par administration du vaccin contre la grippe

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

Intervention clinique du pharmacien et collaboration avec le principal prescripteur (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 \$)
- Jusqu'à 125 \$ par année

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^{er} 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.

Il n'y a aucune coordination des prestations des personnes de 24 ans ou moins couvertes par un régime privé parce qu'elles ne sont pas admissibles au PMO.

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 ou l'infirmière praticienne 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 cliniques d'admissibilité 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 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 au prescripteur dans la lettre d'approbation. Les décisions concernant les demandes sont communiquées au prescripteur qui a soumis la demande. Si la demande est approuvée, le prescripteur peut fournir une copie de l'approbation au patient afin qu'il la remette au pharmacien.

Le service de demande par téléphone du PAE 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 prescripteur autorisé ayant un permis d'exercer en Ontario et dont l'ordonnance a été exécutée en Ontario.

Divers

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une recommandation est émise le 20 mars 2020 pour limiter temporairement à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette recommandation a été retirée le 15 juin 2020.

En date du 13 mai 2020, toutes les quotes-parts des bénéficiaires du PMO sont réduites à 0 \$ pour toutes les ordonnances d'approvisionnement de plus de 30 jours qui sont exécutées conformément à la recommandation du ministère de limiter l'approvisionnement émise le 20 mars 2020. Ces changements s'appliquent jusqu'au retrait de la recommandation du ministère ou jusqu'à la fin de la journée du 30 juin 2020, selon la première éventualité.

En date du 13 mai 2020, les bénéficiaires du PMT peuvent demander une réévaluation de leur franchise pour le quatrième trimestre entre le 1^{er} mai et le 31 juillet 2020 si le revenu de leur ménage a changé d'au moins 10 %.

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 dans la plupart des cas.
- 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 de plus de 100 jours à l'extérieur de la province, échantillons reçus d'un médecin, ordonnance d'insuline).

Bandelettes réactives pour le diabète : Nombre maximal de bandelettes couvertes par année :

- patient qui gère son diabète à l'aide d'insuline : 3 000
- patient qui gère son diabète à l'aide d'un médicament associé à un risque élevé d'hypoglycémie : 400
- patient qui gère son diabète à l'aide d'un médicament associé à un faible risque d'hypoglycémie : 200
- patient qui gère son diabète par l'alimentation ou le style de vie seulement (sans insuline ni médicaments) : 200

Produits commercialisés sous une marque de distributeur : Des modifications réglementaires sont apportées le 1^{er} avril 2020 pour permettre aux produits commercialisés sous une marque de distributeur de faire partie de la liste de médicaments couverts par la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* (LRMO) ou de la liste des médicaments interchangeables de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* (LIMHP).

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

Québec

Admissibilité

Régimes ou programmes

- Régime public d'assurance médicaments

Information générale sur les bénéficiaires

Régime public d'assurance médicaments : Résidents qui n'ont pas accès à un régime privé par l'intermédiaire de leur employeur, de leur association professionnelle, de leur conjoint ou de leurs parents s'ils sont étudiants ou enfants; personnes de 65 ans et plus qui ne sont pas inscrites à un régime privé; prestataires d'aide financière de dernier recours et certains autres détenteurs d'un carnet de réclamation.

Autres critères d'admissibilité

Les résidents de 65 ans et plus sont automatiquement inscrits au régime public. S'ils demeurent admissibles à un régime privé offrant une couverture d'assurance médicaments de base, ils peuvent décider d'être assurés

- seulement par le régime public, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- par le régime public (premier payeur) et par un régime privé offrant une couverture complémentaire (deuxième payeur);
- seulement par un régime privé, s'il offre au moins une couverture de base.

Participation aux coûts

Cotisation

La prime est fondée sur le revenu familial net. Elle varie de 0 \$ à 648 \$ par personne. Les tarifs sont rajustés chaque année le 1^{er} juillet.

Les personnes suivantes n'ont pas à payer de prime, de coassurance, ni de franchise :

Personnes	Conditions
Détenteur d'un carnet de réclamation	Détenir un carnet valide
Enfant des personnes assurées par le régime public	S'il a moins de 18 ans : ne pas avoir accès à un régime privé par un emploi étudiant ou autrement S'il a de 18 à 25 ans : Fréquenter à temps complet un établissement d'enseignement Être sans conjoint Être domicilié chez ses parents ou son tuteur Ne pas avoir accès à un régime privé
Personne ayant une déficience fonctionnelle	Avoir une déficience visée par le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, survenue avant l'âge de 18 ans Ne pas recevoir de prestation d'aide financière de dernier recours Être sans conjoint Être domicilié chez ses parents ou son tuteur Ne pas avoir accès à un régime privé
Personne de 65 ans et plus	Recevoir un supplément de revenu garanti au taux de 94 % à 100 %

Quote-part et coassurance

37 % du coût de l'ordonnance dont la franchise a été soustraite, s'il y a lieu.

Certaines personnes ne paient pas de coassurance. Consultez la section [Cotisation](#) pour obtenir des précisions.

Franchise

La franchise mensuelle de 21,75 \$ par personne doit être payée lors des premiers achats du mois.

Certaines personnes ne paient pas de franchise. Consultez la section [Cotisation](#) pour obtenir des précisions.

Cotisation maximale d'un bénéficiaire

95,31 \$ par mois ou 1 144 \$ par année.

Exception pour les personnes de 65 ans et plus qui reçoivent moins de 94 % du Supplément de revenu garanti : 54,83 \$ par mois ou 658 \$ par année.

Information sur les politiques

Prix des ingrédients

Prix le plus bas : Le prix unitaire le plus bas s'applique lorsque, pour un même nom générique, de même forme posologique et de même teneur, 2 fabricants ou plus ont des médicaments inscrits sur la liste des médicaments dans un même groupe de produits pharmaceutiques. Certaines exceptions s'appliquent, soit quand le prescripteur indique au pharmacien

1. de ne pas remplacer le médicament de marque prescrit par un produit générique;
2. la raison, parmi les suivantes, pour laquelle le produit ne doit pas être remplacé, identifiée par le code de la RAMQ correspondant :
 - le patient souffre d'une allergie ou d'une intolérance documentée à un ingrédient non médicamenteux contenu dans le médicament générique le moins cher, mais absent du médicament de marque;
 - le médicament prescrit est un produit de marque dont la forme posologique est essentielle pour atteindre les résultats attendus et il constitue le seul produit inscrit sous cette forme sur la liste des médicaments.

Montant maximal : Il s'agit du montant maximum pour le paiement d'un médicament. Dans un tel cas, le prix payable ne peut excéder le montant maximum indiqué sur la liste.

Prix réel d'acquisition : Prix inscrit sur la liste des médicaments en vigueur au moment de l'exécution de l'ordonnance, selon la source d'approvisionnement et le format. Le prix coûtant du pharmacien est le prix payable lorsque le nom du fabricant n'est pas indiqué sur la liste.

Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu : La marge bénéficiaire du grossiste n'est payable que si le médicament a été effectivement acheté par l'intermédiaire d'un grossiste reconnu. Le ministère autorise une marge bénéficiaire maximale de 6,5 % du prix de vente garanti. Celle-ci est limitée, selon certaines modalités et en particulier pour certains médicaments coûteux, à un montant maximal de 39,00 \$.

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

- Le Québec exige que les fabricants de médicaments génériques lui vendent leurs produits au prix le plus bas offert dans les autres provinces.

Honoraires : frais et services liés à un produit

Frais d'exécution d'ordonnance : Les honoraires professionnels du régime public du Québec (géré par la RAMQ) sont déterminés en accord avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP).

Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un problème de santé ou une affection médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus : 0,31 \$ par jour, maximum de 27,90 \$

Exécution d'une nouvelle ordonnance : 9,02 \$ à 9,64 \$

Renouvellement d'une ordonnance : 8,63 \$ à 9,24 \$

Refus de remplir une ordonnance : 9,10 \$

Traitement de substitution pour dépendance aux opioïdes : 9,02 \$ à 14,71 \$

Frais liés aux produits composés : 17,27 \$ à 42,66 \$

Substitution thérapeutique : 16,51 \$ par substitution en cas de rupture d'approvisionnement en médicaments

Autres services : 9,24 \$ par transmission du profil pharmaceutique de patient; 29,70 \$ par service de garde; 20,42 \$ par consultation pharmaceutique

Honoraires : services cliniques

Adaptation ou modification des ordonnances : 12,90 \$ par renouvellement (30 jours et plus), maximum d'une ordonnance par personne par année; 20,42 \$ par rajustement de dose afin de garantir la sécurité du patient

Affections bénignes : 16,51 \$ par évaluation pour 9 affections qui ne nécessitent pas de diagnostic et pour 12 affections dont le diagnostic et le traitement sont connus (voir la [liste des affections](#))

Accès initial ou pour gérer un traitement en cours (excluant les affections bénignes) : Pour atteindre l'objectif thérapeutique : de 15,99 \$ à 20,12 \$ pour l'évaluation initiale (selon l'affection); 41,27 \$ par année pour un minimum de 2 suivis pour certaines affections; 51,59 \$ par année pour un minimum de 3 suivis pour les diabétiques insulino-dépendants; 16,51 \$ par mois pour un traitement anticoagulant.

- **Démonstration de l'administration de la naloxone** : 18,59 \$
- **Consultation pharmaceutique dans le cadre du programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse** : 18,88 \$

Thérapie parentérale : 2,89 \$ à 19,28 \$

- **Administration de médicaments à des fins de démonstration** : 18,59 \$

Marge des pharmacies

s.o.

Coordination des prestations (secteurs public et privé)

Les bénéficiaires doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments si leur régime privé fournit une couverture complémentaire seulement. La couverture complémentaire ne remplace pas la couverture de base obligatoire du régime public; elle ne fait que s'y ajouter. Le régime public est considéré comme le premier payeur et le régime privé, comme le deuxième.

Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Le régime public couvre, sous certaines conditions, les médicaments d'ordonnance indiqués dans la section Médicaments d'exception de la liste des médicaments. Il existe 2 types de médicaments d'exception :

- **Codifiés** : Le professionnel de la santé inscrit un code sur l'ordonnance pour que le médicament soit couvert. Celui-ci peut être obtenu en pharmacie sans délai.
- **Non codifiés** : Le professionnel de la santé doit transmettre à la RAMQ une demande d'autorisation pour que le médicament soit couvert. Le bénéficiaire peut se le procurer en pharmacie une fois la demande approuvée.

Le régime public couvre aussi certains médicaments d'ordonnance qui ne sont pas inscrits sur la liste des médicaments pour les personnes couvertes ayant un besoin exceptionnel. Dans cette situation, le professionnel de la santé transmet à la RAMQ une demande d'autorisation pour que le bénéficiaire puisse profiter de cette mesure. Si l'autorisation est accordée, le médicament d'ordonnance est couvert et le patient peut se le procurer en pharmacie.

Politique de remboursement

Si un résident admissible au régime public d'assurance médicaments a payé lui-même des médicaments habituellement couverts, il peut présenter une demande de remboursement auprès du pharmacien.

Divers

Bandelettes réactives pour glycémie : Depuis le 21 avril 2017, la quantité de bandelettes réactives pour glycémie remboursées par le régime public d'assurance médicaments est déterminée en fonction de la situation clinique du bénéficiaire (c.-à-d. selon son risque d'hypoglycémie).

Nombre maximal	Situations cliniques
200	<ul style="list-style-type: none">• Personnes atteintes de diabete traitees par un changement des habitudes de vie• Personnes atteintes de diabete ayant une ordonnance d'antidiabetiques ne comprenant pas de sulfonyleurée, de repaglinide ou d'insuline
400	<ul style="list-style-type: none">• Personnes atteintes de diabete ayant une ordonnance de sulfonyleurée ou de repaglinide mais ne recevant pas d'insuline
3 000	<ul style="list-style-type: none">• Personnes traitees à l'insuline

Dans des situations cliniques particulieres, le professionnel de la sante responsable du suivi d'une personne peut accorder le remboursement de bandelettes reactives supplementaires par periode de 365 jours.

15 novembre 2017 : Le regime public d'assurance medicaments couvre les bandelettes reactives pour glycemie des personnes qui ne sont pas diabetiques, mais qui se trouvent dans certaines situations cliniques rares presentant un risque d'hypoglycemie symptomatique severe. Cette couverture s'ajoute aux mesures existantes qui favorisent un usage optimal des bandelettes reactives pour glycemie.

Produits pour l'abandon du tabac : La couverture est limitee à une duree maximale de 12 semaines consecutives par periode de 12 mois à compter de la date d'achat. La quantite maximale couverte par periode (gommes à macher ou pastilles) est de 840 unites.

Prix maximal payable pour les inhibiteurs de la pompe à protons : Depuis le 24 juillet 2015, le prix maximal payable pour les medicaments de la categorie des inhibiteurs de la pompe à protons est passe de 0,55 \$ à 0,362 8 \$ par comprimé ou capsule pour les personnes couvertes par le regime public d'assurance medicaments.

Duree maximale de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons : Depuis le 21 avril 2017, la duree pendant laquelle les inhibiteurs de la pompe à protons sont remboursés est limitee à 90 jours par periode de 365 jours pour les personnes agees de 18 ans et plus. Cette regle s'applique aux personnes couvertes par le regime public d'assurance medicaments.

Source : Pour en savoir plus, visitez la page sur l'[assurance medicaments et les programmes d'aide du Quebec](#).

Nouveau-Brunswick

Admissibilité

Régimes ou programmes

- Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick
 - Personnes âgées
 - Résidents de foyers de soins
 - Clients du ministère du Développement social
 - Résidents d'établissements résidentiels autorisés
 - Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux
 - Programme pour la sclérose en plaques
 - Programme pour le VIH/sida
 - Programme pour la fibrose kystique
 - Programme pour receveurs d'une greffe d'organes
 - Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance humaine
- Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés
- Régime médicaments du Nouveau-Brunswick
- Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares*
- Programme extra-mural
- Programme pour la tuberculose
- Programme de vaccination en pharmacie contre la grippe saisonnière, financé par le secteur public
- Programme d'avortement médical

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

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. L'admissibilité à ce plan est établie par le ministère du Développement social.

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 des besoins spéciaux : Enfants qui ont des besoins spéciaux 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 rédigée par un neurologue pour un médicament admissible au programme pour la sclérose en plaques.

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 ou patients qui bénéficient d'une assurance médicaments en vertu d'un autre régime, mais qui ont atteint le maximum annuel ou viager de l'assurance médicaments de l'autre régime, se sont fait prescrire un médicament qui ne figure pas sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime ou se sont fait prescrire un médicament qui figure sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime, mais pas pour l'indication (trouble de santé) prescrite.

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 antirejet ou qui bénéficient d'une assurance médicaments en vertu d'un autre régime, mais qui ont atteint le maximum annuel ou viager de l'assurance médicaments de l'autre régime, se sont fait prescrire un médicament qui ne figure pas sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime ou se sont fait prescrire un médicament qui figure sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime, mais pas pour l'indication (trouble de santé) prescrite.

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 ou qui bénéficient d'une assurance médicaments en vertu d'un autre régime, mais qui ont atteint le maximum annuel ou viager de l'assurance médicaments de l'autre régime, se sont fait prescrire un médicament qui ne figure pas sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime ou se sont fait prescrire un médicament qui figure sur la liste de médicaments admissibles de l'autre régime, mais pas pour l'indication (trouble de santé) prescrite.

Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés : Personnes âgées de 65 ans ou plus 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.

Programme d'avortement médical : Résidentes du Nouveau-Brunswick titulaires d'une carte d'assurance maladie valide.

Participation aux coûts

Cotisation

Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés : 125 \$ 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^{er} 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 enfant)	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 enfant)	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 exercice financier.

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^{er} 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^{er} juin 2013

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

De plus, le prix de certains médicaments est assujéti à l'Initiative pancanadienne sur la tarification des médicaments génériques.

Honoraires : frais et services liés à un produit

1^{er} 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.

Programme de vaccination en pharmacie contre la grippe saisonnière, financé par le secteur public : 12 \$

Marge des pharmacies

1^{er} juin 2013 : Jusqu'à 8 % de la marge permise sur les médicaments de la liste des PAM.

1^{er} juin 2014 : Jusqu'à 8 % de la marge permise sur les médicaments de la liste des PCF.

Coordination des prestations (secteurs public et privé)

La coordination des prestations s'applique au programme pour la sclérose en plaques seulement.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance du 20 mars au 23 avril 2020.

Si un pharmacien doit diminuer le nombre de jours d'approvisionnement indiqué sur une ordonnance à 30 jours en raison de la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, l'adhérant au régime public du Nouveau-Brunswick doit payer une quote-part seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours si, d'après ses antécédents au chapitre des demandes de remboursement, il s'approvisionne normalement pour plus de 30 jours (p. ex. 60, 90 ou 100 jours). Cette pratique a pris fin le 23 juin 2020.

Quantité de médicaments prescrits

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

Des limites quantitatives ont été 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)
- Take-Home Cancer Drug Fund*
- Diabetes Assistance Program (Plan D)
- Palliative Care Drug Program
- Insulin Pump Program*
- Under 65 — Long-Term Care (LTC) Pharmacare Plan (Plan F)
- Medical Assistance in Dying: Adjudication of Claims
- Mifegymiso*
- Multiple Sclerosis Copayment Assistance*
- Special Funding for Eligible Residents With Cystic Fibrosis*
- Special Funding for Eligible Residents With Diabetes Insipidus*
- Special Funding Assistance for Growth Hormone Products*
- Exception Drug Fund*

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

Information générale sur les bénéficiaires

Family Pharmacare Program : Résidents de la Nouvelle-Écosse titulaires d'une carte d'assurance maladie valide qui ne sont actuellement pas couverts par un programme du ministère des Services communautaires, le Seniors' Pharmacare Program, le Diabetes Assistance Program ni le Under 65 — Long-Term Care Pharmacare Plan. Le programme couvre le coût des médicaments pour les familles qui n'ont pas d'assurance médicaments ou lorsque le coût des médicaments prescrits devient un fardeau financier.

Community Services Pharmacare Benefits : Résidents bénéficiaires d'une aide à l'emploi ou d'une aide au revenu, bénéficiaires d'un soutien en cas d'incapacité, enfants placés sous la protection de l'enfance ou enfants de familles à faible revenu couvertes par Pharmacare. L'admissibilité est établie par le ministère des Services communautaires.

Seniors' Pharmacare Program : Résidents âgés de 65 ans et plus titulaires d'une carte d'assurance maladie valide de la Nouvelle-Écosse qui ne bénéficient d'aucune couverture de leurs médicaments prescrits au titre d'un autre régime ou programme.

Drug Assistance for Cancer Patients : Résidents de la Nouvelle-Écosse titulaires d'une carte d'assurance maladie valide, qui reçoivent des traitements contre le cancer, dont le revenu familial brut est de 25 500 \$ ou moins par année, et qui ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance médicaments public ou privé, sauf le Family Pharmacare Program ou le Seniors' Pharmacare Program. Ce régime est conçu pour fournir une aide financière visant certains médicaments anticancéreux et des fournitures connexes.

Take-Home Cancer Drug Fund : Résidents de la Nouvelle-Écosse titulaires d'une carte d'assurance maladie valide qui ont une ordonnance de médicaments pour le cancer à prendre à la maison, ont eu accès à d'autres sources d'aide financière, y compris des programmes d'aide publics, privés ou de fabricants, et dont les dépenses personnelles admissibles pour des médicaments pour le cancer à prendre à la maison dépassent 4 % de leur revenu familial net. Le fonds est administré par le programme de cancérologie de la province (Nova Scotia Cancer Care 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^{er} avril 2010.

Palliative Care Drug Program : Résidents qui, selon une évaluation menée par une équipe de soins palliatifs, sont en phase terminale de leur maladie, ont un pronostic de 6 mois de vie et souhaitent recevoir des soins de fin de vie à domicile le plus longtemps possible, qu'ils soient dispensés chez eux, chez des parents ou amis, ou dans une résidence avec services.

Insulin Pump Program : Résidents de 25 ans et moins 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.

Medical Assistance in Dying: Adjudication of claims : Résidents qui ont reçu une prescription valide et qui répondent aux critères d'admissibilité, dont une évaluation pratiquée par le prescripteur et le consentement éclairé de la part du patient. Ne s'applique qu'aux patients de services offerts en milieu communautaire ou en consultation externe.

Mifegymiso : Résidentes de la Nouvelle-Écosse titulaires d'une carte d'assurance maladie valide; la demande de remboursement doit être soumise aux autres régimes d'assurance en premier.

Multiple Sclerosis Copayment Assistance : Résidents qui répondent aux critères établis relativement à l'état de la maladie et qui ont une assurance privée pour des médicaments précis. Les bénéficiaires doivent verser une quote-part et être suivis à la clinique de sclérose en plaques de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse.

Special Funding for Eligible Residents With Cystic Fibrosis : Les résidents qui ont reçu un diagnostic confirmé de fibrose kystique sont admissibles au remboursement des médicaments et de l'équipement prescrits par des cliniques de fibrose kystique désignées.

Special Funding for Eligible Residents With Diabetes Insipidus : Les résidents qui ont reçu un diagnostic de diabète insipide et qui ne bénéficient pas d'une autre assurance médicaments sont admissibles au remboursement de médicaments sélectionnés.

Special Funding Assistance for Growth Hormone Products : Les résidents qui ne bénéficient pas d'une autre assurance médicaments et répondent aux critères cliniques spécifiques aux médicaments sont admissibles au remboursement de médicaments sélectionnés.

Exception Drug Fund : Ce fonds couvre certains médicaments onéreux délivrés en consultation externe par l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse et le Centre de santé IWK dans des circonstances spécifiques.

Autres critères d'admissibilité

Family Pharmacare Program, Drug Assistance for Cancer Patients, Diabetes Assistance Program et Insulin Pump Program : 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^{er} avril 2010. Les nouveaux patients peuvent s'inscrire au Family Pharmacare Program.

Participation aux coûts

Cotisation

Seniors' Pharmacare Program

1^{er} 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

Les résidents qui touchent le Supplément de revenu garanti (SRG) ne sont pas tenus de payer une prime, sauf s'ils ont un solde de l'année précédente impayé.

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 de 382 \$.

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)

Les prix des médicaments génériques sont sujets au cadre pancanadien de tarification par niveau.

Honoraires : frais et services liés à un produit

Du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

- Articles de stomie — 12,25 \$
- Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) — 18,37 \$
- Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures, incluant la méthadone — 12,25 \$

Honoraires : services cliniques

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

Examen détaillé des médicaments — frais maximaux pour services particuliers de 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 — frais maximaux pour services particuliers de 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.

Examen des médicaments de suivi — frais maximaux pour services particuliers de 20 \$

Adaptation des ordonnances — frais maximaux pour services particuliers de 14 \$

- Seuls les bénéficiaires des programmes Pharmacare sont admissibles.

Substitution thérapeutique — frais maximaux pour services particuliers de 26,25 \$

- Seuls les bénéficiaires des programmes Pharmacare sont admissibles.
- Applicable à des catégories de médicaments sélectionnées seulement.

Renouvellement d'ordonnance — frais maximaux pour services particuliers de 12 \$ (renouvellement de 3 ordonnances ou moins) ou de 20 \$ (renouvellement de 4 ordonnances ou plus)

- Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse ayant une carte d'assurance maladie valide sont admissibles.
- Limite de 4 services par année (limite retirée pendant la pandémie de COVID-19).

Évaluation et ordonnance pour le zona — frais maximaux pour services particuliers de 20 \$

- Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse ayant une carte d'assurance maladie valide sont admissibles.
- Limite de 2 services par année.

Évaluation et ordonnance pour une infection des voies urinaires — frais maximaux pour services particuliers de 20 \$

- Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse ayant une carte d'assurance maladie valide sont admissibles.
- Limite de 2 services par année.

Évaluation de la gestion de la contraception et ordonnance — frais maximaux pour services particuliers de 20 \$ pour l'évaluation initiale, de 20 \$ pour une évaluation subséquente entraînant un changement de traitement et de 12 \$ pour une évaluation subséquente n'entraînant pas de changement de traitement

- Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse ayant une carte d'assurance maladie valide sont admissibles.
- Limite d'un service de chaque type par année.

Marge des pharmacies

Du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

- Articles de stomie — CAR plus 10 % (maximum de 50 \$ par ordonnance) plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 12,25 \$
- Préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) — CAR plus 2 % (maximum de 50 \$ par ordonnance) plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 18,37 \$
- Méthadone — PRM ou PRP plus 10 % plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 12,25 \$

Toutes les autres ordonnances :

- PCF plus 10 % (si le coût de l'ingrédient est de 3 000 \$ ou moins) plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 12,25 \$
- PCF plus 8 % (si le coût de l'ingrédient est supérieur à 3 000 \$) jusqu'à un maximum de 325 \$ par demande de remboursement plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 12,25 \$
- PRM ou PRP plus 8 % jusqu'à un maximum de 325 \$ par ordonnance plus les frais maximaux d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 12,25 \$

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 : Les personnes âgées qui bénéficient d'autres sources d'assurance ne sont pas admissibles au Seniors' Pharmacare Program. Si 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 indiqués dans le formulaire de la Nouvelle-Écosse.

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. Les demandes prioritaires et urgentes sont traitées rapidement.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Le 18 mars 2020, l'Ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse demande aux pharmacies de limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance. Pendant cette période, le programme Pharmacare accepte les demandes de remboursement de médicaments délivrés pour 30 jours sans exiger l'autorisation du prescripteur même si la quantité indiquée sur l'ordonnance est supérieure à 30 jours. En temps normal, Pharmacare n'aurait pas accepté une demande pour un approvisionnement réduit sans l'autorisation du prescripteur (p. ex. ordonnance verbale). Cette mesure a pris fin le 12 mai 2020.

23 avril 2020 : les bénéficiaires des programmes Pharmacare destinés aux aînés et aux familles qui reçoivent habituellement un approvisionnement de plus de 30 jours paieront les frais d'exécution seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours ou du renouvellement de l'ordonnance. Les frais d'exécution « supplémentaires » subséquents résultant de la limitation à 30 jours ne seront pas facturés dans les demandes connexes subséquentes. Les frais seront remboursés directement aux pharmacies rétroactivement par paiements forfaitaires bihebdomadaires à l'extérieur du système de demandes de remboursement. Cette couverture des frais d'exécution supplémentaires pour les bénéficiaires des programmes Pharmacare destinés aux aînés et aux familles a pris fin le 30 juin 2020.

Le régime Pharmacare du ministère des Services communautaires cesse le 23 avril 2020 d'exiger la quote-part de 5 \$ pour toutes les ordonnances.

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 spécifiques indiqués dans le Pharmacy Guide 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 3 ordonnances de 90 jours, facturées sur 3 jours consécutifs, pour le même médicament avant de quitter la Nouvelle-Écosse. L'approvisionnement maximal est donc de 270 jours. 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 Program (Plan S)
- Transplant Anti-Rejection Drug Program (Plan T)*
- Sexually Transmitted Diseases (STD) Program (Plan V)
- Children in Care Drug Program (Plan W)
- Financial Assistance Program (Plan W)
- Tuberculosis (TB) Drug Program (Plan X)*
- Growth Hormone Drug Program (Plan Y)*
- Smoking Cessation Program (Plan Z)
- Home Oxygen Program*
- Insulin Pump Program*
- Ostomy Supplies Program*

Remarque

* Les données ne sont actuellement pas soumises au SNIUMP.

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 à faible revenu ayant au moins un enfant à charge âgé de moins de 19 ans — ou de moins de 25 ans s'il est étudiant à temps plein — 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 : Adultes et enfants de moins de 18 ans qui fréquentent encore l'école secondaire.

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 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 sont en contact étroit avec une personne ayant reçu un diagnostic de maladie transmissible sexuellement.

Children in Care Drug Program : Personnes dont la garde temporaire ou permanente a été confiée au directeur de la protection de l'enfance et personnes admissibles à la couverture de l'assurance maladie de l'Île-du-Prince-Édouard.

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 sont à risque élevé en raison d'une exposition à la tuberculose (confirmé par l'administrateur en chef de la santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être).

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

Smoking Cessation Program : Personnes qui souhaitent cesser de fumer à l'aide de produits de remplacement de la nicotine ou de médicaments d'ordonnance conçus pour l'abandon du tabac.

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.

Ostomy Supplies Program : Personnes qui vivent avec une stomie permanente, qui ont adhéré au Ostomy Supplies Program et dont les déclarations de revenus sont à jour.

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 %

Un ménage peut comprendre

- un adulte de plus de 18 ans (à moins qu'il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire et qu'il ait moins de 26 ans);
- un adulte et un conjoint (mariés ou en union de fait);
- un adulte avec enfants à charge (de moins de 19 ans ou de moins de 26 ans s'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire);
- un adulte et un conjoint avec enfants à charge.

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
- Bandelettes réactives pour glycémie : 11 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 bandelettes tous les mois, si le patient a utilisé de l'insuline dans les 5 derniers mois
- 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.

Smoking Cessation Program : Le programme couvre 100 % des produits approuvés pour le remplacement de la nicotine et certains médicaments conçus pour l'abandon du tabac. Le traitement peut avoir lieu une seule fois par période de 12 mois pendant 12 semaines consécutives.

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.

Estimation de la couverture admissible des bénéficiaires qui n'ont pas d'assurance médicale privée :

Revenu annuel du ménage	Pourcentage de la couverture admissible	Pompe tous les 5 ans	Fournitures pour pompe par année
0 \$ à 20 000 \$	90 %	630 \$	300 \$
> 20 000 \$ à 50 000 \$	80 %	1 260 \$	600 \$
> 50 000 \$ à 100 000 \$	70 %	1 890 \$	900 \$
> 100 000 \$	60 %	2 520 \$	1 200 \$

Estimation de la couverture admissible des bénéficiaires qui ont une assurance médicale privée avec couverture à 80 % :

Revenu annuel du ménage	Pourcentage de la couverture admissible	Pompe tous les 5 ans	Fournitures pour pompe par année
0 \$ à 20 000 \$	90 %	126 \$	60 \$
> 20 000 \$ à 50 000 \$	80 %	252 \$	120 \$
> 50 000 \$ à 100 000 \$	70 %	378 \$	180 \$
> 100 000 \$	60 %	504 \$	240 \$

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.

Phenylketonuria (PKU) Program : Tous les coûts associés aux formules spéciales pauvres en protéines admissibles sont couverts par le programme. Les coûts associés aux aliments de spécialité vendus par le National Food Distribution Centre sont couverts à concurrence de 3 600 \$ par année.

Ostomy Supplies Program : Les dépenses en quote-part sont déterminées en fonction du revenu familial. Le programme couvre jusqu'à 90 % des coûts assumés par la personne admissible aux articles de stomie jusqu'à concurrence de 2 400 \$ par année complète du programme (1^{er} juillet au 30 juin).

Revenu annuel du ménage	Couverture admissible
0 \$ à 19 999 \$	90 %
20 000 \$ à 49 999 \$	80 %
50 000 \$ à 99 999 \$	70 %
> 100 000 \$	60 %

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 interchangeable 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^{er} 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 de vaccination sont de 12,36 \$ par service.
- 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^{er} 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 est 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 suivants :

- 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.

La couverture n'est pas rétroactive dans le cadre du Children in Care Drug Program. Les médicaments déjà achetés ne sont pas remboursés.

Divers

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une mesure temporaire est prise le 20 mars 2020 pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Les bénéficiaires des programmes Pharmacare paient dorénavant un tiers de leur quote-part (si le médicament pouvait être prescrit pour une période de 90 jours) pendant les jours où l'approvisionnement est limité. Cette mesure a pris fin le 22 mai 2020.

Approvisionnement maximal permis

Nursing Home Drug Program : 35 jours

Institutional Pharmacy Program : 35 jours

AIDS/HIV Program : 60 jours

Children in Care Drug 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 bandelettes 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 medicaments ordinaires
- 90 jours pour les medicaments d'entretien
- 30 jours pour les medicaments assujettis a une autorisation speciale
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau medicament, 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 medicaments ordinaires
- 90 jours pour les medicaments d'entretien
- 30 jours pour les medicaments assujettis a une autorisation speciale
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau medicament, 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 medicaments assujettis a une autorisation speciale
- 90 jours pour les medicaments ordinaires et d'entretien
- L'exécution des 2 premières ordonnances ou des 2 premiers renouvellements d'une ordonnance visant un nouveau medicament, 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

Seniors Drug Program

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

Smoking Cessation Program : 14 à 28 jours

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 d'un fournisseur approuvé par le gouvernement tous les 5 ans
- 140 dispositifs de perfusion par an
- 140 réservoirs par an
- Un dispositif d'insertion de rechange par dispositif par an
- 150 pansements adhésifs par an
- 200 pansements transparents stériles par an

Travel supply : Les clients du Régime d'assurance médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard inscrits aux programmes Seniors Drug, Diabetes Drug, Generic Drug ou Catastrophic Drug et qui voyagent hors province peuvent obtenir une provision de médicaments admissibles de 180 jours maximum avant de quitter la province.

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 : Personnes et familles qui bénéficient de prestations de soutien du revenu par l'intermédiaire du ministère de l'Enseignement postsecondaire et des Compétences avancées; certaines personnes recevant des services par l'intermédiaire d'autorités sanitaires régionales, y compris les enfants pris en charge par le ministère des Enfants, des Aînés et du Développement social; et personnes recevant des soins supervisés.

Access Plan : Personnes et familles à faible revenu.

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. Les résidents couverts en vertu du 65Plus Plan sont aussi admissibles à un remboursement dans le cadre du 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 ou de 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 enfant 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 plan couvre 75 % du prix de détail des articles de stomie couverts par le Ostomy Subsidy Program.

Access Plan : La quote-part est calculée en fonction du revenu familial net et de la situation familiale.

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 enfant)

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

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.

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^{er} juillet 2013 : 25 %

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

Honoraires : frais et services liés à un produit

1^{er} avril 2015

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.

Vaccination : 13 \$ par service

Mifegymiso : 50 \$ par service

Honoraires : services cliniques

Services cognitifs

- Refus d'exécution : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'à 24 \$ pour un maximum de 2 demandes de remboursement.
- Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'à 12 \$ par changement dans la gestion des médicaments.
- Prescriptions pour affections bénignes : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'à 12 \$ pour les frais d'exécution d'ordonnance réguliers.
- Examen des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ jusqu'à 72 fois par an par pharmacie pour les bénéficiaires qui sont atteints de maladies chroniques et qui prennent au moins 3 médicaments.
- SaferMedsNL : Les pharmaciens peuvent facturer 23 \$ pour une consultation initiale et 10 \$ pour les consultations de suivi pour les demandes soumises au cours de la période de 3 ans commençant le 28 janvier 2019 et visant 3 catégories de médicaments : les inhibiteurs de la pompe à protons pour la première année, les sédatifs hypnotiques pour la deuxième année et les opioïdes pour la troisième année.

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, sauf dans le cas des bénéficiaires du gouvernement du Nunatsiavut, pour qui le premier payeur est le NLPDP.

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Une mesure temporaire est prise le 19 mars 2020 pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 4 mai 2020.

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.

Bandelettes réactives

1^{er} 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 : 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 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 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, sauf si l'absence ne dure pas plus de 210 jours et si le bénéficiaire admissible peut fournir au directeur des Services de santé assurés la preuve qu'il a sa résidence permanente au Yukon. 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 : 17,50 \$

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

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Des modifications temporaires sont adoptées le 14 mai 2020 en vertu desquelles les pharmaciens peuvent décider, en faisant appel à leur jugement, de renouveler à plus d'une reprise une ordonnance pour un maximum de 30 jours et de prescrire certains médicaments. Ces modifications resteront en vigueur pendant 30 jours après la levée de l'état d'urgence par le gouvernement du Yukon ou jusqu'à ce que le registraire des pharmaciens émette de nouvelles directives.

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](#).

Services aux Autochtones Canada

Admissibilité

Régimes ou programmes

- Services de santé non assurés (SSNA)

Information générale sur les bénéficiaires

Programme des services de santé non assurés : Les bénéficiaires doivent être citoyens canadiens et avoir l'un des statuts suivants :

- Indien inscrit aux termes de la Loi sur les Indiens;
- Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale suivantes : Nunavut Tunngavik Inc., Inuvialuit Regional Corporation ou Société Makivik; les Inuits vivant hors de la zone de règlement des revendications territoriales doivent produire une lettre de reconnaissance de l'une des organisations inuites de revendication territoriale et un certificat de naissance;
- nourrisson de moins de 18 mois 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

Pour certains bénéficiaires, la prestation des services de santé relève d'un gouvernement autochtone, d'une Première Nation ou d'une autorité sanitaire inuite.

Depuis le 1^{er} octobre 2017, les membres des Premières Nations ayant un numéro d'inscription qui résident en Colombie-Britannique (sauf les personnes qui reçoivent des prestations santé par le biais d'un organisme des Premières Nations en vertu d'un accord sur l'autonomie gouvernementale avec le Canada) sont admissibles à des prestations de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) afin de recevoir la majorité de leurs remboursements de médicaments dans le cadre du B.C.'s PharmaCare Program. Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) continue d'assurer le traitement et le paiement des demandes de prestations seulement pour les articles de pharmacie qui ne sont pas offerts par PharmaCare.

Les bénéficiaires atteints d'insuffisance rénale chronique sont admissibles à des médicaments supplémentaires comme stipulé dans la Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. 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 des médicaments supplémentaires comme stipulé dans la Liste des médicaments pour les soins en fin de vie.

Les bénéficiaires en cours de traitement du cancer sont admissibles à des médicaments supplémentaires comme stipulé dans la Liste spéciale de médicaments utilisés en cours de traitement du cancer.

Les bénéficiaires qui ont besoin de produits nutritionnels nécessaires sur le plan médical, par exemple des agents épaississants, des préparations pour nourrissons et des suppléments nutritionnels pour enfants, jeunes et adultes, sont admissibles à recevoir une liste de produits complémentaires tel qu'indiqué dans le formulaire de produits nutritionnels.

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)

Le prix des médicaments génériques est assujéti au Cadre pancanadien de tarification modulée.

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 :

$$(\text{frais d'exécution d'ordonnance} \div 7) + 5,25 \$$$

Le programme rembourse la totalité des frais d'exécution d'ordonnance habituels des fournisseurs pour chaque délivrance de buprénorphine-naloxone ou de morphine à libération prolongée, 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.

Préparations magistrales : Le Programme des SSNA accepte de rembourser les préparations magistrales quand aucun autre produit convenable n'est commercialisé et si l'ordonnance est conforme à la politique des SSNA sur les prescripteurs. Les frais d'exécution remboursés sont fonction du type de produit en question, comme suit :

Catégorie	Frais d'exécution acceptés par les SSNA
Préparations provenant d'une autre pharmacie	Jusqu'à 1 × le tarif d'exécution
Crèmes, onguents, lotions et poudres à usage externe	Jusqu'à 1,5 × le tarif d'exécution
Liquides et poudres à usage interne	Jusqu'à 1,75 × le tarif d'exécution
Injections stériles, préparations pour les yeux ou les oreilles, suppositoires	Jusqu'à 2 × le tarif d'exécution

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.

Les clients des SSNA âgés de 24 ans et moins qui sont aussi admissibles au programme Assurance-santé Plus de l'Ontario peuvent bénéficier d'une couverture de leurs médicaments au titre des SSNA ou du programme Assurance-santé Plus. Les prestations ne nécessitent pas de coordination.

Processus pour les médicaments d'exception ou restreints

Il existe 4 types de médicaments d'exception ou restreints :

- 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 du Formulaire de 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 (s'il n'est pas approuvé automatiquement) 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 Services aux Autochtones 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 Services aux Autochtones Canada 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 pour les médicaments couverts dans le cadre du Programme des SSNA.

Divers

Mesures temporaires liées à la pandémie de COVID-19 : Le 20 mars 2020, le Programme des SSNA commence à accepter temporairement les demandes de paiement relatives à des approvisionnements supérieurs à 30 jours pour des médicaments habituellement visés par

sa politique d'approvisionnement maximal de 30 jours (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, gabapentine, prégabaline, stimulants et nabilone) en se fiant au jugement professionnel des pharmaciens. Cette mesure a pris fin le 1^{er} juin 2020.

Pour soutenir l'accès des nourrissons non inscrits aux prestations du Programme des SSNA pendant la pandémie de COVID-19, le Programme des SSNA prolonge jusqu'à l'âge de 24 mois la couverture des nourrissons non inscrits ayant un parent admissible.

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 de médicaments préoccupants : Un approvisionnement maximal de 30 jours est couvert pour tous les opioïdes, les stimulants, le nabilone et les benzodiazépines. Des frais uniques sont versés par approvisionnement de 30 jours (ou moins si le médicament est prescrit en quantité moindre).

Le 12 août 2019, la dose des benzodiazépines est limitée à 30 mg à l'échelle régionale. Une politique d'approvisionnement maximal de 30 jours est aussi mise en œuvre pour toutes les benzodiazépines.

Le 20 juillet 2020, une politique d'approvisionnement maximal de 30 jours (ou moins si le médicament est prescrit en quantité moindre) est mise en œuvre pour la gabapentine et la prégabaline. De plus, la dose de gabapentine est limitée à 3 600 mg à l'échelle régionale.

Bandelettes réactives pour glycémie : Les clients qui ont recours à l'insuline peuvent recevoir 800 bandelettes réactives par période de 100 jours. Ils peuvent vérifier leur glycémie jusqu'à 8 fois par jour.

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

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.

Abandon du tabac : Les clients sont admissibles, par période de 12 mois, à

- un maximum de 36 boîtes de timbres (7 timbres par boîte);
- un traitement au besoin de 12 semaines (p. ex. gommes, pastilles, inhalateurs et vaporisateurs);
- un traitement de 3 mois par le médicament Zyban;
- un traitement de 3 mois par le médicament Champix.

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 %, 15 % ou 10 % 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 25 % 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 2019.

Alberta

Couvre 18 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques, avec tarification modulée pour les nouveaux médicaments génériques. La politique s'applique aux régimes publics et privés depuis avril 2014.

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^{er} 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 de forme solide et 35 % du prix du médicament de marque pour tous les génériques de forme non solide. La politique s'applique aux secteurs public et privé depuis novembre 2014. Depuis le 20 mai 2015, des exemptions à la couverture de 25 % à 35 % du prix s'appliquent à certains génériques. Lorsque 3 produits génériques ou plus sont disponibles, la norme de 25 % à 35 % du prix continuera de s'appliquer. Ces changements sont rétroactifs à compter du 1^{er} avril 2015.

Québec

Les fabricants de génériques doivent offrir à la province le prix le plus bas offert dans les autres provinces.

Nouveau-Brunswick

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

Nouvelle-Écosse

Couvre 25 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeables sous forme orale solide et 35 % du prix du médicament de marque pour les génériques interchangeables 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

Le prix soumis au formulaire des produits médicamenteux interchangeables à Terre-Neuve-et-Labrador (Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary — NIDPF) d'un médicament générique ne doit pas excéder le prix unitaire confirmé par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) pour les produits visés par le régime d'assurance médicaments de Terre-Neuve-et-Labrador (Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program — NLPDP). La règle s'applique aux secteurs public et privé. Dans les cas où le cadre pancanadien de tarification par niveau de l'APP ne s'applique pas (p. ex. médicaments génériques non couverts par le NLPDP), le prix des médicaments génériques ne doit pas excéder le pourcentage établi aux termes du règlement sur le NIDPF et ne doit pas excéder 25 % du prix du médicament de marque, à moins qu'il ait fait l'objet d'une exemption.

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.

Services aux Autochtones Canada

Le Programme des SSNA couvre le médicament équivalent le moins coûteux, qui est souvent un médicament générique. Les médicaments génériques peuvent être inclus au formulaire de médicaments des SSNA suivant les listes provinciales d'interchangeabilité et d'autres facteurs pertinents.

Dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeables, le Programme des SSNA ne rembourse que le coût de l'équivalent le moins coûteux. Les pharmaciens doivent suivre les lois et politiques de leur province ou territoire pour identifier les produits interchangeables et choisir le moins coûteux (les SSNA ne remboursent pas nécessairement le prix indiqué dans le formulaire de médicaments d'une province).

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'évaluation des anticancéreux \(PPEA\)](#) — aux fins de financement font désormais l'objet de négociations par l'APP.

Annexe 3 : Cadre pancanadien de tarification modulée

Le premier volet du cadre pancanadien de tarification des médicaments génériques de l'Alliance pancanadienne pharmaceutiqueⁱⁱ, décrit ci-dessous, a été mis en œuvre le 1^{er} avril 2013.

Cadre de tarification modulée pour les nouveaux médicaments génériques

Le prix des médicaments génériques est fixé en fonction de leur catégorieⁱⁱⁱ :

Niveau 1 — 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 font l'objet d'une réévaluation après 2 ans^{iv}.

Niveau 2 — 2 médicaments génériques : 50 %

Niveau 3 — 3 médicaments génériques ou plus : 25 % pour les formes orales solides^v; 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.

Liste pancanadienne des molécules sélectionnées

Description de la catégorie : % du produit de marque

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

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

Groupe pancanadien à 10 % : 10 % 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

22688-0820

