

Manuel des demandes de règlement pharmaceutiques

Mai 2026

MANUEL DES DEMANDES DE RÈGLEMENT PHARMACEUTIQUES

1. PRÉSENTATION DE GREENSHIELD 4

2. MODES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT 5

2.1 STEL (Soumission de transactions en ligne) 5

2.2 Demandes de règlement sur papier 6

3. CARTES D'IDENTIFICATION 6

4. PROCÉDURES RELATIVES AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT SUR PAPIER 7

4.1 Où envoyer les demandes de règlement 7

4.2 Formulaire de demande de règlement sur papier de GreenShield 7

4.3 Demandes de règlement spéciales, Fournitures et équipement médicaux 7

5. PROCÉDURES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT EN LIGNE 9

5.1 Demandes de règlement spéciales 9

a) Politique sur les préparations magistrale 9

b) Codes des composés 9

5.2 NIP fréquemment utilisés 9

5.3 Code de relation 10

5.4 Coordination des prestations 10

5.5 Cartes de fidélité pour les médicaments 11

5.6 Examen de l'utilisation des médicaments 11

5.7 Provision initiale limitée pour les nouvelles ordonnances 23

5.8 Provision initiale limitée pour les médicaments à coût élevé 24

5.9 Limite du nombre d'exécutions d'ordonnance pour les médicaments d'entretien 24

5.10 Refus d'exécuter une ordonnance 24

5.11 Produits à base de codéine et d'hydrocodone pour les enfants 25

6. ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME ET RENSEIGNEMENTS SUR LA POLITIQUE 26

6.1 Limites 26

(a) Exclusions courantes dans la plupart des régimes 26

(b) Inducteurs d'ovulation 26

(c) Montants annuels de médicaments plafonnés 26

(d) Quantités de contraceptifs oraux 27

(e) Désaccoutumance au tabac 27

(f) Vaccins 27

(g) Méthadone pour le traitement de la toxicomanie 27

(h) Méthadone pour le soulagement de la douleur ou les soins palliatifs 28

(i) Buprénorphine pour le traitement de la toxicomanie 28

(j) Bandelettes de test pour personnes diabétiques 29

6.2 Quotes-parts et franchises 29

6.3 Sélection de produit et aucune substitution 30

6.4 Substitution par un générique améliorée (SMGA) 31

6.5 Formulaires bloqués 31

6.6 Formulaires contrôlés 31

6.7 Formulaires à paliers 32

6.8 Formulaires gérés 32

6.10 Coût maximal admissible 32

6.11 Produits non prévus et produits de santé naturels 33

6.12 Frais d'exécution d'ordonnance 33

6.13 Quantités préparées et honoraires fondés sur le nombre de jours d'approvisionnement 33

6.14 Coût des ingrédients 34

6.15 Délai maximal pour soumettre des demandes de règlement 34
6.17 Demandes de règlement dont le paiement est différé 34
6.18 Intégration des programmes provinciaux de médicaments de spécialité 35

7. DEMANDES DE RÈGLEMENT NON PRÉSENTABLES 35
7.1 Remboursement aux membres du régime seulement 35

8. REÇUS D'ORDONNANCE POUR LES PATIENTS QUI PAIENT EN ESPÈCES 35

9. EXAMEN DE LA SOUMISSION EN LIGNE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT 35
ANNEXE I – Entente relative à la soumission des demandes de règlement pharmaceutiques 36
ANNEXE II – NIP et pseudo-NIP 36
ANNEXE III – Services pharmaceutiques axés sur la valeur 36
(Entrée en vigueur : Le 1er juillet 2020) 36

1. PRÉSENTATION DE GREENSHIELD

GreenShield est une organisation à but non lucratif agréée par le gouvernement fédéral et inscrite auprès du Bureau du surintendant des institutions financières. Le siège social de GreenShield est situé à Windsor en Ontario, et les bureaux de la direction générale se trouvent à Toronto en Ontario. GreenShield a des bureaux de vente à Windsor, London et Toronto en Ontario, à Montréal et Québec au Québec, à Calgary en Alberta de même qu'à Vancouver en Colombie-Britannique.

GreenShield est régie par un conseil d'administration composé de représentants des professions de ses fournisseurs, des milieux d'affaires, des syndicats et du patronat. GreenShield administre pour le compte de groupes et de particuliers des régimes de garanties portant sur le remboursement de médicaments, les soins dentaires, les soins de santé complémentaires, les soins auditifs et de la vue, ainsi que sur l'hospitalisation en chambre à deux lits et le placement en maison de soins infirmiers.

Les régimes de remboursement des médicaments procurent à leurs membres des médicaments d'ordonnance sur présentation de leur carte d'identification à une pharmacie participante. La pharmacie facture directement à GreenShield les médicaments et les services rendus. De plus, notre entente de service prévoit, sous certaines conditions, le remboursement de leurs frais aux membres du régime qui n'ont pas accès à une pharmacie participante.

Certains régimes de garanties de soins de santé complémentaires couvrent les médicaments d'ordonnance, mais leurs membres doivent, dans certains cas, payer directement la pharmacie au moment de l'exécution de l'ordonnance. Les membres de ces régimes doivent alors demander un remboursement à GreenShield, conformément aux clauses du contrat ou aux dispositions relatives à la franchise.

1.1 Emplacements des bureaux

Région du Sud-Ouest

WINDSOR – Siège social et Traitement des demandes de règlement
8677 Anchor Drive, C. P. 1606
Windsor (Ontario) N9A 6W1
Téléphone : 519 739-1133
1 888 711-1119

LONDON
255, Queens Avenue, bureau 1220
London (Ontario) N6A 5R8
Téléphone : 519 673-4410
1 800 265-4429

Région du Centre

TORONTO – Bureau de la direction et Ventes aux particuliers et aux associations
5140 Yonge Street, bureau 2100
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Téléphone : 416 221-7001
1 800 268-6613

MONTRÉAL
1002, rue Sherbrooke Ouest, bureau 2020
Montréal (Québec) V3J 0A9
Téléphone : 514 788-8938
1 855 789-9214

QUÉBEC
Complexe Jules-Dallaire – T3
2820, boul. Laurier, bureau 1190
Québec (Québec) G1V 0C1
Téléphone : 418 656-9341
1 844 201-1012

Région de l'Ouest

CALGARY
Bow Valley Square 4
250-6th Avenue SW, bureau 1220
Calgary (Alberta) T2P 3H7
Téléphone : 403 262-8533
1 888 962-8533

VANCOUVER
Three Bentall Centre
595 Burrard Street, bureau 833, C.P. 49265
Burnaby (Colombie-Britannique) V7X 1L2
Téléphone : 604 444-4408
1 800 665-1494

2. MODES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

2.1 STEL (Soumission de transactions en ligne)

Les demandes de règlement traitées à l'aide du système STEL sont évaluées en temps réel. Cette méthode permet de vérifier instantanément l'admissibilité du patient et du médicament. La majorité des demandes de règlement sont traitées selon cette méthode, conformément à la Norme de demande de règlement pharmaceutique de l'Association

des pharmaciens du Canada (APhC). Les pharmacies qui n'utilisent pas actuellement le système STEL peuvent le faire en s'adressant à leur fournisseur de logiciels.

Les opérations acceptées par la version 3.0 de la Norme de demande de règlement pharmaceutique de l'APhC sont les suivantes :

- Soumission de demandes de règlement
- Annulation
- Totaux quotidiens
- Rapprochements quotidiens

2.2 Demandes de règlement sur papier

GreenShield accepte les demandes de règlement sur papier ou par voie électronique qui sont produites par les divers fournisseurs de logiciels pharmaceutiques. Les formulaires de demande de règlement sur papier peuvent être téléchargés à partir de **providerconnect.ca.**

3. CARTES D'IDENTIFICATION



Les membres reçoivent une carte d'identification lorsqu'ils adhèrent à un régime de GreenShield. Cette carte doit être présentée à la pharmacie pour vérification chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Chaque carte contient les renseignements suivants :

RECTO :

1) Nom du membre du régime
2) Numéro d'identification du membre du régime
   a) Les chiffres du préfixe (ceux qui précèdent le trait d'union) correspondent au « numéro familial » du membre du régime, ABC123456789.
   b) Les chiffres du suffixe (ceux qui suivent le trait d'union) correspondent au numéro d'identification personnel du membre du régime, c'est-à-dire 00.
3) Nom de la société
4) Numéro sans frais du Centre de service à la clientèle de GreenShield

VERSO :

1) Nom et numéro d'identification de la personne à charge

a) Le numéro d'identification personnel du conjoint est le suffixe 01*.
b) Les chiffres du suffixe 21*, 31* ou 41* correspondent au numéro d'identification personnel du conjoint en cas de remariage.
c) Les chiffres du suffixe 02*, 03*, 04*, etc. correspondent au numéro d'identification personnel de la personne à charge.

* Chacun de ces numéros doit correspondre au paraphe exact du membre du régime ou de la personne à charge et concorder avec le nom indiqué sur l'ordonnance.

4. PROCÉDURES RELATIVES AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT SUR PAPIER

4.1 Où envoyer les demandes de règlement

Téléchargez-les à GreenShield au moyen de providerConnect[MD].

1. Sélectionnez « Envoi d'un formulaire ou document » à partir du menu déroulant « Ce dont vous avez besoin » sur **providerconnect.ca.**
2. Sur le formulaire interactif :
   Dans le champ « Envoi d'un formulaire ou document », sélectionnez GreenShield. Dans le champ « Formulaire ou document », sélectionnez Autre.
3. Remplissez le reste du formulaire en y indiquant le numéro de votre fournisseur, son nom, etc.
4. Dans le champ « Joindre formulaire ou document », téléchargez le formulaire de demande de règlement rempli et numérisé.
5. Dans le champ « Informations supplémentaires », tapez **À l'attention de : Service des demandes de remboursement des médicaments**.

Veuillez envoyer les demandes de règlement à :

GreenShield
8677 Anchor Drive, C. P. 1606
Windsor (Ontario) N8N 5G1

Veuillez soumettre tous les formulaires de demande de règlement manuscrits et imprimés aux soins de :
SERVICE DES MÉDICAMENTS

4.2 Formulaire de demande de règlement sur papier de GreenShield

Les formulaires de demande de règlement sur papier peuvent être téléchargés à partir de **providerconnect.ca.**

4.3 Demandes de règlement spéciales, Fournitures et équipement médicaux

Exemples : bas chirurgicaux, aérosol doseur avec chambre à air et systèmes de mesure de la glycémie

Ces articles ne sont couverts par aucun régime de remboursement des médicaments. Ils peuvent cependant être couverts par la garantie de soins de santé complémentaires (SSC) du patient.

Veuillez observer les procédures relatives aux demandes de règlement indiquées ci-dessous :

- La pharmacie doit téléphoner au Centre de service à la clientèle de GreenShield au numéro :
  - APPELS LOCAUX -519 739 1133
  - APPELS SANS FRAIS - 1 888 711-1119

- GreenShield se prononcera sur :
  - L'admissibilité
  - Les exigences de l'ordonnance du médecin
    - L'autorisation complète

Les demandes de règlement doivent être soumises sur la facture de votre pharmacie, et non sur un formulaire standard de demande de remboursement des médicaments, et elles doivent indiquer ce qui suit :

- Le nom et l'adresse du patient
- Le numéro du patient de GreenShield
- Le nom de l'article fourni
- Le prix de détail
- Votre numéro de compte GreenShield
- La date de prestation du service

Remarques :

a) Les articles demandés strictement pour la pratique d'activités sportives ou le traitement d'une blessure liée au travail ou à un accident de véhicule automobile ne sont pas admissibles. Lorsqu'un appel est effectué pour obtenir une autorisation préalable, si le patient est hospitalisé ou réside dans un établissement de soins de longue durée, nous devons en être informés, car il se peut que cela influe sur l'admissibilité du patient à certains articles. Les demandes de règlement sont traitées et les paiements sont émis quotidiennement.

b) Les fournitures et l'équipement médical ne sont pas assujettis à la quote-part du patient, mais ils peuvent être assujettis à la quote-part ou à la franchise au titre de la garantie de SSC.

Veuillez soumettre les demandes de règlement en téléchargeant les renseignements à GreenShield sur **providerconnect.ca**. Suivez les étapes indiquées ci-dessus.

Ou, envoyez les demandes de règlement à :

GreenShield
8677 Anchor Drive, C. P. 1606
Windsor (Ontario) N8N 5G1
Aux soins du Service des soins de santé complémentaires

5. PROCÉDURES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT EN LIGNE

5.1 Demandes de règlement spéciales

a) Politique sur les préparations magistrale

Pour plus d'informations sur la politique sur les préparations magistrales de GreenShield, veuillez consulter le **document sur la Politique des préparations magistrales** sur providerConnect.

b) Codes des composés

Voici un tableau de codes standard utilisés par l'APhC pour les produits composés. Veuillez utiliser le code correspondant au mélange lorsque vous soumettez votre ordonnance.

Code	Type de composé
0	Crème topique
1	Onguent topique
2	Lotion pour usage externe
3	Liquide pour usage interne
4	Poudre pour usage externe
5	Poudre pour usage interne
6	Injection ou perfusion
7	Gouttes pour les yeux ou les oreilles
8	Suppositoires
9	Autres

c) Régimes qui prévoien a substitution obligatoire par des génériques

Si le régime d'un membre ou d'un patient prescrit la substitution obligatoire, la sélection du produit sera obligatoire (si un générique existe), dans tous les cas applicables, sauf si le médecin a précisé « aucune substitution » (c.-à-d. que le champ de sélection du produit APhC = 1, choix du médecin). Notre processus d'évaluation applique cette règle et renvoie un code de réponse indiquant que le substitut générique offert par le régime a été sélectionné.

Dans certains régimes de GreenShield, la quote-part est fonction de la sélection du produit. Le code de sélection de produit 1 (le médecin ne veut aucune substitution) ou 2 (le patient ne veut aucune substitution) ne devrait être utilisé que si un produit légalement interchangeable est par ailleurs disponible. Cette mesure assurera le calcul exact de la quote-part.

5.2 NIP fréquemment utilisés

Veuillez utiliser les pseudo-DIN (NIP) attribués par votre formulaire provincial, ou ceux qui ont été établis par GreenShield dans le cas des fournitures pour personnes diabétiques, des lancettes et de certains autres articles.

Une liste des pseudo-DIN (NIP) fréquemment utilisés est accessible à providerconnect.ca sous la rubrique « Ce dont vous avez besoin », puis sous « Fournisseur en pharmacie ». L'annexe II donne des instructions sur la manière

d'accéder à cette liste.

Ces articles sont facturés en fonction des coûts majorés des honoraires, de sorte que le coût du produit, la marge bénéficiaire et les honoraires professionnels du pharmacien doivent être indiqués dans des champs distincts aux fins d'évaluation par GreenShield.

5.3 Code de relation

Le champ de relation doit toujours être rempli, car il est exigé par certains régimes GreenShield.

Vous trouverez ci-dessous un tableau des codes standard qui devraient être utilisés en établissant le patient dans le système de votre pharmacie. Sélectionnez le code approprié pour indiquer la relation du patient avec le détenteur de la carte lors de la soumission de l'ordonnance.

Code	Relation
0	détenteur de la carte
1	conjoint
2	enfant ne dépassant pas l'âge limite
3	enfant dépassant l'âge limite
4	personne à charge handicapée
5	étudiant à charge

5.4 Coordination des prestations

La coordination des prestations fait partie du système d'évaluation des demandes de règlement en ligne. Les demandes de règlement peuvent être coordonnées avec tous les régimes publics et privés.

Dans le cas où GreenShield est informée de l'existence d'une double protection, notre système administre la coordination des prestations conformément aux lignes directrices de l'industrie.

Le payeur principal du patient est celui du régime dont le patient est membre. Dans le cas des personnes à charge, le payeur principal sera le régime dont est membre le parent dont l'anniversaire arrive le plus tôt au cours de l'année civile (ce n'est pas forcément le parent le plus âgé).

Le remboursement de GreenShield, qui complète celui du payeur principal, sera effectué à hauteur du prix total admissible du médicament, selon les listes de prix de GreenShield. Les frais facturés par la pharmacie en sus de ce montant ne seront pas remboursés, et cet excédent ne sera pas admissible à un rajustement de tarif manuel par GreenShield.
REMARQUE : Nos ententes avec les pharmacies interdisent toute facturation supplémentaire.

GreenShield accepte la coordination électronique des prestations entre plus de deux autres payeurs. Si GreenShield est le troisième payeur du patient, veuillez indiquer le code d'intervention approprié pour poursuivre l'évaluation.

5.5 Cartes de fidélité pour les médicaments

Les cartes de fidélité pour les médicaments ou les médicaments de marque sont des cartes de paiement qui doivent être utilisées comme une carte délivrée par un fournisseur d'assurance-médicaments. Elles sont spécialement conçues pour aider les membres du régime à obtenir un médicament de marque plus coûteux au lieu du médicament générique.

GreenShield exige que les demandes de remboursement d'un médicament soumises à un programme de carte de fidélité pour les médicaments de marque le soient comme si le programme de carte de fidélité était le régime secondaire du membre. Voici comment cela fonctionne :

- Si un patient est couvert par un seul régime de remboursement des médicaments (privé ou public), la demande de règlement doit d'abord être soumise à ce régime. Par la suite, tout montant restant non payé est soumis au programme de carte de fidélité.

- Si un patient est couvert par deux régimes de remboursement des médicaments (privés ou publics), la demande de règlement doit d'abord être soumise au régime principal, puis au programme de carte de fidélité pour les médicaments de marque, et enfin à l'autre régime de remboursement des médicaments du patient (s'il reste un montant non payé).

5.6 Examen de l'utilisation des médicaments

L'examen de l'utilisation des médicaments (EUM) prospectif fait partie du système d'évaluation des demandes de règlement en ligne. L'EUM prospectif analyse tant les données des demandes de règlement d'ordonnances antérieures que celles de l'ordonnance courante pour déceler les problèmes potentiels. Le système a été conçu pour détecter les problèmes potentiels liés au traitement médicamenteux du patient. Il est possible de prévenir ces problèmes si le système d'évaluation des demandes de règlement en ligne fournit des renseignements additionnels au pharmacien.

Pour résoudre le problème éventuel, le pharmacien peut évaluer ce complément d'information, de concert avec le prescripteur, une autre pharmacie et le patient (s'il y a lieu), ou en consultant la documentation pharmaceutique.

Le processus d'EUM commence après la validation de l'admissibilité du patient, du DIN ou du NIP et du numéro d'identification du pharmacien. L'analyse et l'extraction des données des demandes de remboursement des médicaments d'ordonnance passées et actuelles permettront au système EUM prospectif de signaler les problèmes potentiels associés à l'ordonnance courante. Le signalement de tous les problèmes potentiels prend la forme d'un message de réponse ou d'un code de réponse.

a) Modules EUM

Quatre modules EUM prospectifs sont utilisés dans l'immédiat :

- Interactions médicamenteuses
- Obtention d'ordonnances multiples

- Pharmacies multiples
- Conformité (c.-à-d. renouvellement d'ordonnance hâtif ou tardif)

Il se peut que d'autres modules, par exemple sur la duplication thérapeutique, le contrôle de la gamme des rayons d'action minimaux et maximaux (la durée de la thérapie) ou le contrôle du dosage des médicaments, s'y ajoutent à l'avenir. Les messages ou les codes de réponse associés au processus EUM sont les suivants :

- Potentiel d'interaction médicamenteuse ..... ME
- Possibilité d'obtention d'ordonnances multiples ..... MH
- Recours à des pharmacies multiples ..... MI
- Renouvellement hâtif D7
- Renouvellement tardif ..... DE
- Appeler le service d'évaluation D9

(a) Messages EUM

Les codes de message EUM peuvent correspondre à des messages d'information ou à des avertissements de dérogation possible. Le système a la souplesse d'accepter le code d'intervention d'un pharmacien dans les avertissements de dérogation possible. Les codes d'intervention sont facultatifs dans les messages d'information.

(b) Avertissements de dérogation possible

Lorsqu'un avertissement de dérogation possible apparaît, cela signifie que la demande de règlement n'a **pas** été approuvée en vue du paiement parce qu'un problème potentiel a été décelé. Le pharmacien doit examiner le problème et utiliser un code d'intervention approprié de même que son numéro d'identification de pharmacien, avant que le règlement de la demande de règlement puisse être effectué. Il importe de répondre à chaque avertissement en utilisant un ou plusieurs des codes d'intervention attribués et approuvés. La demande de règlement sera ensuite traitée, étant présumé que rien d'autre ne s'oppose au paiement.

(c) Messages d'information

Lorsqu'un message d'information s'affiche, cela signifie que le paiement de la demande de règlement a été approuvé; il y a cependant une mise en garde. Celle-ci signale un problème potentiel qu'il est préférable d'examiner. Il n'est pas nécessaire de répondre au message.

(d) Information (réponse) sous forme de message détaillé

Un message EUM apparaît sur l'une des trois lignes réservées au texte du message. Cela permet de formuler le problème potentiel correspondant au code de message. S'il y a plus de trois messages potentiels, un message « Espace insuffisant pour tous les avertissements EUM » et le code DD sont envoyés. L'objet de tous les messages EUM peut être obtenu en téléphonant au Centre de service à la clientèle de GreenShield.

(e) Codes d'intervention

Les codes d'intervention indiquent la mesure à prendre pour résoudre un problème EUM. Un code d'intervention n'est nécessaire que pour les avertissements de dérogation possible et les messages d'information signalant que le paiement d'une demande de règlement doit être contre-passé.

Le tableau des messages de l'APhC et des codes d'intervention approuvés se trouve à la fin de cette section. Il est important que les pharmaciens se familiarisent avec ces messages et ces codes. Si un code erroné est utilisé, l'opération sera rejetée et devra être soumise de nouveau.

Lorsque le code d'intervention approprié pour expliquer précisément la mesure prise est introuvable, communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GreenShield pour obtenir de l'aide.

(f) Refus de demandes de règlement

Pour toutes les demandes de règlement impayées assorties d'un message d'avertissement EUM de dérogation possible, le système vérifiera si un code d'intervention acceptable et le numéro d'identification du pharmacien ont été indiqués. Les demandes de règlement ne seront pas payées si les codes d'intervention ou le numéro d'identification du pharmacien sont inacceptables ou manquants.

(g) Nouvelles soumissions de demandes de règlement

Quand une demande de règlement est reçue par le système d'évaluation, celui-ci ne peut reconnaître s'il s'agit d'une demande de règlement qui a déjà été soumise. Par conséquent, si une demande de règlement est refusée parce que le code d'intervention est inacceptable ou que le numéro d'identification du pharmacien a été omis, la demande doit être soumise de nouveau.

(h) D9 : Appeler le service d'évaluation

Si des demandes de règlement portant le même DIN et provenant du même membre du régime sont refusées ou mises en suspens cinq fois pendant la même journée, les transmissions en ligne ne seront pas permises jusqu'à ce que l'on ait communiqué avec le Centre de service à la clientèle. Un agent sera en mesure d'indiquer le code d'intervention approprié à utiliser, s'il y a lieu. Si la demande de règlement continue d'être refusée pour d'autres motifs, le message D9, « Appeler le service d'évaluation », continuera de s'afficher. Le Centre de service à la clientèle continuera de vous aider.

(i) Annulation de la demande de règlement

Toutes les demandes de règlement assorties d'un message d'information sont évaluées et feront l'objet d'un paiement. Si l'ordonnance d'un médicament est modifiée par le pharmacien (p. ex., en cas de changement de médicament ou d'inexécution de l'ordonnance), **la demande de règlement doit être contre-passée**.

(j) Centre de service à la clientèle

Le Centre de service à la clientèle de GreenShield est à la disposition des professionnels des soins de santé qui ont des demandes de renseignements, au numéro sans frais 1 888 711-1119. Le personnel est disponible de 8 h 30 à 20 h 30 (heure de l'Est), du lundi au vendredi. En dehors de ces heures, un service de messagerie vocale est offert; le personnel de GreenShield retournera les appels le jour ouvrable suivant.

(k) Limites

Les renseignements figurant dans ces modules EUM sont communiqués à titre indicatif seulement, et visent à compléter les renseignements actuellement à la disposition des professionnels des soins de santé. Ils ne sont pas destinés à remplacer le jugement professionnel, les soins individualisés dispensés aux patients ni la prestation de services de soins de santé.

(l) Interactions médicamenteuses

Ce module a été conçu pour déceler les interactions médicamenteuses possibles entre l'ordonnance faisant l'objet d'une demande de règlement et d'autres ordonnances considérées comme étant « actives » dans le dossier d'utilisation du patient. Le module permet la détection d'interactions potentielles entre des ingrédients pris séparément et des produits combinés.

Lorsque l'ordonnance d'un patient est soumise au système, le DIN ou le NIP est comparé aux DIN ou aux NIP de l'historique du patient. Si des interactions sont décelées, un message de réponse et un code de réponse seront générés pour signaler le ou les problèmes potentiels. (La signification clinique de l'interaction est tirée de la base de données First Data Bank et adaptée pour le contenu canadien.) Cette base de données utilise les trois sources d'information suivantes : Hansten's Drug Interactions, Facts & Comparisons et USPDI.

Les trois niveaux de signification clinique de First DataBank sont les suivants :

Niveau 1 – **Association contre-indiquée de médicaments :** Cette association de médicaments est manifestement contre-indiquée en tout temps et ne devrait pas être accordée ni administrée à un même patient.

Niveau 2 – Interaction grave : La prise de mesures s'impose pour réduire le risque d'interaction nocive.

Niveau 3 – Interaction modérée : Évaluer le risque pour le patient et prendre des mesures, au besoin.

Si une interaction est décelée, la pharmacie recevra un message de réponse « Potentiel d'interaction médicamenteuse » ou un code de réponse « ME ».

Le message de réponse indique :

- Le code de gravité de l'interaction possible
- Le DIN du médicament prescrit antérieurement
- La marque du médicament prescrit antérieurement (à concurrence du maximum par ligne de message)

Exemple : *L3*00749354*Apo-Métoprolol en comprimés de 50 mg*

Ce qui signifie :

- Une interaction potentielle de niveau de gravité 3 (modérée) a été décelée. Le médicament faisant l'objet de la demande de règlement interagit avec un médicament indiqué dans le profil du patient.
- Le médicament qui interagit est désigné par le DIN « 00749354 » et la marque du médicament est Apo-Métoprolol en comprimés de 50 mg.

REMARQUE : Les ordonnances assorties d'un message de dérogation possible sont impayées jusqu'à ce qu'un code d'intervention soit envoyé.

S'il y a plus de trois messages textuels à signaler dans le cadre de l'EUM, un message de réponse « Espace insuffisant pour signaler tous les messages » et le code de réponse « DD » seront envoyés. Les messages complets peuvent être obtenus en téléphonant au Centre de service à la clientèle de GreenShield.

(m) Obtention d'ordonnances multiples – Pharmacies multiples

Ces deux modules distincts ont été conçus pour assurer le repérage des patients qui pourraient « magasiner » afin d'obtenir des médicaments précis qui présentent un potentiel élevé d'utilisation abusive (p. ex., les narcotiques analgésiques, les agents psychothérapeutiques, les sédatifs ou les hypnotiques) auprès de plusieurs prescripteurs ou pharmacies.

Lorsque l'ordonnance d'un patient est soumise au système, la catégorie thérapeutique est comparée à chaque ordonnance antérieure. La vérification repose sur les demandes de règlement pour lesquelles les mêmes catégories thérapeutiques ont été prescrites par des prescripteurs différents, ou préparées par des pharmacies différentes.

Si l'obtention d'ordonnances multiples ou le recours à de multiples pharmacies est constaté, un message informationnel de réponse et un code de réponse sont générés pour signaler le ou les problèmes potentiels.

(n) Conformité – Renouvellement hâtif ou tardif

Lorsque l'ordonnance d'un patient est soumise au système, le DIN ou le NIP est comparé à chaque DIN ou NIP antérieur. La vérification repose sur la durée prévue de la thérapie associée à l'ordonnance inscrite dans le profil actuel. (En fonction de l'exactitude des demandes de règlement antérieures.)

D7 : RENOUVELLEMENT HÂTIF
Ce module a été conçu pour déceler la surutilisation possible de médicaments par un patient, en fonction des dates de renouvellement et du nombre de jours de la provision indiqués sur les ordonnances, et d'un calcul visant à évaluer la possibilité que le patient prenne des doses excessives [Renouvellement hâtif].

Le module EUM « Renouvellement hâtif » renverra un message de dérogation possible. Le cas échéant, les pharmaciens sont invités à exercer leur jugement professionnel pour choisir un code d'intervention acceptable. Les codes d'intervention suivants s'appliquent dans les cas où la réponse « Renouvellement hâtif » est obtenue :

***MK** = Couverture d'urgence établie de bonne foi*
***MN** = Demande de règlement de remplacement en raison d'un changement de dose*
***MV** = Provision pour période de vacances*

DE : RENOUVELLEMENT TARDIF

Le calcul effectué en fonction des dates de renouvellement et du nombre de jours d'approvisionnement montre que le patient prend peut-être des doses inadéquates [Renouvellement tardif].

Le module « Renouvellement tardif » du système EUM est présenté à titre indicatif seulement.

Comme toujours, les pharmaciens doivent documenter en détail l'utilisation de tous les codes d'intervention.

Échantillon de codes d'intervention pour le traitement et la contre-passation de demandes de règlement dans le cadre de l'EUM

Code de réponse	Description du message	Type de réponse	Problème de santé ayant généré le code de réponse	Code d'intervention indiqué par le pharmacien et description
ME	Potentiel d'interactions médicamenteuses	NIVEAU DE GRAVITÉ 2 Message d'information	Indique une interaction médicamenteuse possible entre l'ordonnance exécutée et une autre ordonnance que le patient a déjà reçue. Le paiement de la demande de règlement a été approuvé. Toutefois, si l'ordonnance n'est pas exécutée, la demande de règlement peut être contre-passée à l'aide du code d'intervention approprié.	UD = Prescripteur consulté et médicament changé UL = Décision du pharmacien Ordonnance non exécutée

ME	Potentiel d'interactions médicamenteuses	NIVEAUX DE GRAVITÉ 1 et 3 Avertissement de dérogation possible	Indique une interaction médicamenteuse possible entre l'ordonnance exécutée et une autre ordonnance que le patient a déjà reçue. **Le paiement de la demande de règlement n'a pas été approuvé.** La demande de règlement peut être traitée à l'aide des codes d'intervention appropriés.	UA = Prescripteur consulté et ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie UC = Prescripteur consulté et instructions d'utilisation modifiées UB = Prescripteur consulté et dose changée UF = Le patient a donné des explications acceptables Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie UI = Autre source consultée Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie

Code de réponse	Description du message	Type de réponse	Problème de santé ayant généré le code de réponse	Code d'intervention indiqué par le pharmacien et description
				UG = Patient averti Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
MH	Obtention possible d'ordonnances multiples	Message d'information	Indique que le patient se rend peut-être chez plusieurs prescripteurs afin d'obtenir des médicaments précis qui présentent un potentiel d'utilisation abusive. Le paiement de la demande de règlement a été approuvé. Toutefois, si l'ordonnance n'est pas exécutée, la demande de règlement peut être contre-passée à l'aide du code d'intervention approprié.	UD = Prescripteur consulté et médicament changé UL = Décision du pharmacien Ordonnance non exécutée UE = Prescripteur consulté et quantité modifiée
MI	Recours à plusieurs pharmacies	Message d'information	Indique que le patient se rend peut-être à plusieurs pharmacies afin d'obtenir des médicaments précis qui présentent un potentiel d'utilisation abusive. Le paiement de la demande de règlement a été approuvé. Toutefois, si l'ordonnance n'est pas exécutée, la demande de règlement peut être contre-passée à l'aide du code d'intervention approprié.	UD = Prescripteur consulté et médicament changé UL = Décision du pharmacien Ordonnance non exécutée UE = Prescripteur consulté et quantité modifiée
D7	Renouvellement hâtif	Avertissement de dérogation possible	Indique que le renouvellement n'est pas nécessaire dans l'immédiat. **Le paiement de la demande de règlement n'a pas été approuvé.** La demande de règlement peut être traitée à l'aide des codes d'intervention appropriés.	MK = Couverture d'urgence établie de bonne foi MN = Demande de règlement de remplacement en raison d'un changement de dose MV = Provision pour période de vacances
DE	Renouvellement tardif	Message d'information	Indique que le renouvellement est en retard. Le paiement de la demande de règlement a été approuvé. Le préparateur de l'ordonnance jugera peut-être bon de s'assurer que le patient observe son traitement et qu'il prend la dose appropriée.	
D9	Appeler le service d'évaluation	Communiquer avec le Centre de service à la clientèle de GreenShield au 1 888 711-1119.	Indique un nombre excessif de soumissions en ligne dans la même journée pour le même membre du régime et le même DIN.	Ainsi qu'il en est décidé avec l'aide d'un agent du service à la clientèle.
OF	Provision initiale limitée	Avertissement de dérogation possible	Indique qu'il s'agit de la première demande de règlement de ce médicament pour un patient donné. Dérogation possible si ce patient suit déjà ce traitement médicamenteux.	NH = L'ordonnance initiale a été refusée
OC	Provision initiale limitée	Avertissement de dérogation possible	Indique qu'une demande de règlement refusée dans un premier temps à cause des exigences relatives à la provision initiale limitée a de nouveau été soumise, et que le nombre de jours d'approvisionnement a été réduit sans diminution correspondante de la quantité.	NF = Dérogation – Quantité appropriée

Code de réponse	Description du message	Type de réponse	Problème de santé ayant généré le code de réponse	Code d'intervention indiqué par le pharmacien et description
			S'il n'est pas possible de réduire davantage la quantité en raison de contraintes de format du produit, une dérogation peut être utilisée.	
HD	Le patient est peut-être admissible au régime gouvernemental	Avertissement de dérogation possible (Ontario)	Indique que le membre du régime est une personne âgée et que la demande de règlement est peut-être admissible en tant que produit pharmaceutique à usage restreint au titre du PMO. Le paiement de la demande de règlement n'a pas été approuvé. La demande de règlement peut être traitée à l'aide du code d'intervention approprié si le membre du régime ne satisfait pas aux critères d'admissibilité à la couverture de ce produit offerte par le PMO.	MS = Non couvert par le formulaire. Ce code d'intervention peut être utilisé si le membre du régime n'est pas admissible à la couverture offerte par le PMO pour le médicament faisant l'objet de la demande de règlement. DA = Demande de règlement à l'assureur secondaire – remettre l'original au régime provincial.
KX	Le patient est maintenant admissible à une provision d'entretien.	Message d'information	Ce message peut s'afficher lorsque la quantité d'un médicament faisant l'objet d'une demande de règlement avait déjà été réduite à cause des exigences relatives à la provision initiale limitée de GreenShield. Le code de réponse indique que la quantité faisant l'objet de la demande de règlement est inférieure à la quantité restante indiquée sur la demande d'origine. Le paiement de la demande de règlement n'a pas été approuvé. La demande de règlement peut être soumise de nouveau pour le reste de la provision prescrite initialement.	MN = Demande de règlement de remplacement en raison d'un changement de dose Par exemple, ce code d'intervention peut être utilisé pour permettre un paiement lorsque la dose a été réduite en attendant les résultats de l'essai initial de 30 jours.
KR	Patient non admissible au produit	Avertissement de dérogation possible	Ce message peut être affiché pour des demandes de règlement portant sur des préparations à base de narcotiques destinées à des enfants trop jeunes pour prendre ces médicaments en toute innocuité. Dans ce cas, une dérogation est possible si le pharmacien a consulté le prescripteur et que ce dernier demande que l'ordonnance soit exécutée telle qu'elle a été établie.	UA = Prescripteur consulté et ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
DR	Nombre de jours d'approvisionnement inférieur au minimum de jours permis	Avertissement de dérogation possible	Indique que le membre du régime a besoin d'une provision plus importante pour que notre règle d'entretien de 90 jours soit respectée. Le pharmacien doit exercer son jugement professionnel pour évaluer l'admissibilité du patient afin de déterminer s'il est cliniquement nécessaire de déroger à la règle.	ER = Déroger à la provision pour la période. DH = Ordonnance synchronisée conformément à la règle 19

Code de réponse	Description du message	Type de réponse	Problème de santé ayant généré le code de réponse	Code d'intervention indiqué par le pharmacien et description
D6	Dépassement du coût maximal	Avertissement de dérogation possible	Indique que le coût d'une demande de règlement excède 499,99 $. Si le coût est exact, la pharmacie doit saisir le code correspondant approprié, selon le coût de la demande de règlement.	MO = Demande de règlement valide – valeur de 500,00 $ à 999,99 $ MP = Demande de règlement valide – valeur de 1 000,00 $ à 9 999,99 $
EQ	Refus, adhésion au régime prov. obligatoire	Avertissement de dérogation possible	Indique que la demande de règlement peut être admissible au remboursement au titre d'un régime provincial. Si le membre du régime ne satisfait pas aux critères d'admissibilité à une protection restreinte, par exemple s'il n'est pas admissible au formulaire de l'Alberta en raison de restrictions d'âge ou de sexe, la pharmacie peut utiliser le code de dérogation.	DY = Non admissible à la couverture d'un régime provincial
QQ	Médicament non admissible – médicament de spécialité	Avertissement de dérogation possible (Ontario)	Indique que la demande de règlement peut être admissible au remboursement au titre du Programme d'accès exceptionnel de l'Ontario.	DW – demande soumise au régime provincial et rejetée DX – demande soumise au régime provincial, en attente d'une décision DY –non admissible à la couverture d'un régime provincial SW – refusé par le régime provincial. Outrepassez les autres programmes SX – régime provincial, en attente d'une décision. Outrepassez les autres programmes

L'utilisation de codes d'intervention devrait être justifiée par la documentation pertinente sur l'ordonnance papier.

(o) Aperçu des messages d'évaluation

Toutes les opérations soumises en ligne font l'objet d'une évaluation visant à déterminer l'admissibilité. Les opérations peuvent être approuvées, refusées ou signalées pour capter l'attention du pharmacien afin que celui-ci intervienne.

Le *code de réponse* est un code établi par l'APhC pour déceler un problème relatif à une demande de règlement donnée. Ce code peut s'afficher ou non à votre ordinateur selon votre fournisseur (tel qu'indiqué précédemment).

Le(s) *message(s) (réponse(s)* affichés à l'ordinateur de votre pharmacie peuvent donner une brève explication du code de réponse fourni par votre fournisseur de logiciels, conformément aux normes qui régissent les demandes de règlement.

Le *code d'intervention* est un code établi par l'APhC pour identifier une mesure prise par le pharmacien qui prépare le médicament. Dans certains cas, les codes d'intervention peuvent figurer sous forme d'une liste de messages à votre ordinateur, selon votre fournisseur (tel qu'indiqué précédemment).

(p) Codes d'intervention

Les codes d'intervention sont, répétons-le, des codes établis par l'APhC; ils font état des procédures d'intervention EUM ou de règles spéciales régissant la couverture ou les paiements.

L'utilisation des codes d'intervention est décrite dans les sections appropriées du manuel.

Veuillez noter que le code d'identification du pharmacien est obligatoire.

Seulement deux codes d'intervention par opération seront acceptés.

Codes d'intervention/exception courants

Code	Description
DH	Ordonnance synchronisée conformément à la règle 19
DW	Demande soumise au régime provincial et rejetée
DX	Demande soumise au régime provincial, en attente d'une décision
DY	Non admissible à la couverture d'un régime provincial
IU	ER = Déroger à la provision limite pour la période
MH	Déroger au numéro d'identification du prescripteur (si les droits de prescription du praticien ont été suspendus ou restreints, il n'y a pas lieu d'appliquer une dérogation)
MK	Couverture d'urgence établie « de bonne foi »
MM	Demande de règlement de remplacement, coût du médicament seulement
MN	Demande de règlement de remplacement en raison d'un changement de dose
MO	Demande de règlement valide – valeur de 500,00 $ à 999,99 $
MP	Demande de règlement valide – valeur de 1 000,00 $ à 9 999,99 $
MQ	Demande de règlement valide – Quantité au-dessus de la limite
MV	Provision pour période de vacances
MY	Soins de longue durée Ordonnance divisée pour observance
NF	Dérogation – Quantité appropriée
NH	L'ordonnance initiale a été refusée
SW	Refusé par le régime provincial. Outrepassez les autres programmes
SX	Régime provincial, en attente d'une décision. Outrepassez les autres programmes
UA	Prescripteur consulté et ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
UB	Prescripteur consulté et dose changée
UC	Prescripteur consulté et instructions d'utilisation modifiées
UE	Prescripteur consulté et quantité modifiée
UF	Le patient a donné des explications adéquates. Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
UG	Patient averti Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
UI	Autre source consultée Ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie
UD	Prescripteur consulté et médicament changé.....Pour contre-passer la demande de règlement
UH	Patient conseillé Ordonnance non exécutée.....Pour contre-passer la demande de règlement
ROYAUME-UNI	Autres sources consultées Ordonnance non exécutée.....Pour contre-passer la demande de règlement
UL	Ordonnance non exécutée. Décision du pharmacien.....Pour contre-passer la demande de règlement

5.7 Provision initiale limitée pour les nouvelles ordonnances

Pour réduire le gaspillage de médicaments associé aux médicaments inutilisés, toutes les **nouvelles** ordonnances admissibles au remboursement de GreenShield seront limitées à une provision initiale de 30 jours.

Si un membre d'un régime de GreenShield n'a pas reçu d'ordonnance pour un médicament identique au cours des 12 mois précédents (exécutée dans n'importe quelle pharmacie), l'ordonnance sera considérée comme nouvelle. Si la provision limitée soumise sur la première ordonnance porte sur plus de 30 jours, la demande de règlement sera refusée. La demande pourra ensuite être soumise de nouveau pour un nombre de jours d'approvisionnement moindre.

Si une demande de règlement de ce genre est refusée, la pharmacie recevra un message de réponse « **OF – dépassement de la provision initiale limitée** ».

Les changements de dose (p. ex., le remplacement d'une dose de 0,1 mg de lévothyroxine par une dose de 0,125 mg de lévothyroxine) et les changements de marque (p. ex., la substitution par un médicament générique) ne sont **pas** considérés comme de nouvelles ordonnances.

Ce programme s'appliquera à tous les régimes de GreenShield. Il y a cependant des circonstances dans lesquelles la diminution de la quantité peut ne pas être appropriée. Les pharmaciens sont invités à exercer leur jugement professionnel dans ces cas-là. Par exemple :

- Le patient a reçu suffisamment d'échantillons du médecin pour effectuer un essai raisonnable du nouveau médicament.
- La médication a été amorcée et le patient est maintenant dans un état stable, dans un hôpital ou une institution.
- Le patient est un nouveau membre d'un régime de GreenShield et il utilise déjà le nouveau médicament.
- Le patient part en vacances et sera dans l'impossibilité de venir chercher le reste de l'ordonnance.

Si le refus du membre est justifié par ce motif, le pharmacien doit consigner le motif sur l'ordonnance. Le code d'intervention « **NH – Ordonnance initiale refusée** » peut être utilisé pour appliquer une dérogation.

Si une demande de règlement est soumise de nouveau moyennant une diminution du nombre de jours d'approvisionnement, sans diminution correspondante de la quantité, la demande de règlement sera également refusée et le code de réponse « **OC – Réduction de la quantité demandée** » sera utilisé. S'il n'est pas possible de réduire davantage la quantité prescrite, le code d'intervention « **NF – Dérogation – quantité appropriée** » peut être utilisé pour appliquer une dérogation.

Toutes les molécules de médicament seront touchées par ce programme, à l'exception de l'insuline. De plus, quelques produits individuels seront exclus lorsque le format du plus petit emballage contient une provision pour plus de 30 jours (p. ex., *Didrocal*). Les ordonnances pour moins de 30 jours ne seront pas touchées.

5.8 Provision initiale limitée pour les médicaments à coût élevé

Cette politique s'applique aux médicaments pour administration par voie orale qui sont considérés à coût élevé. Une provision initiale d'au plus 10 jours est permise. Une fois qu'il est établi que le patient peut tolérer le médicament, une provision maximale de 30 jours peut être préparée à chaque renouvellement d'ordonnance.

Cette mesure vise à prévenir le gaspillage, à favoriser l'observance thérapeutique et à encourager la manutention et l'entreposage sécuritaires de ces produits qui peuvent être dangereux.

5.9 Limite du nombre d'exécutions d'ordonnance pour les médicaments d'entretien

GCS limitera le nombre d'exécutions d'ordonnance à cinq par an pour les médicaments d'entretien inscrits sur la liste publiée sur le site Web providerConnect[MD]. Les demandes de règlement de médicaments réputés être des médicaments d'entretien seront refusées si ceux-ci sont préparés pour moins de trois mois. Le code de réponse du système de GreenShield pour ces demandes sera le suivant : « DR = nombre de jours d'approvisionnement inférieur au minimum de jours permis ». L'utilisation d'un code d'intervention applicable sera permise dans des cas particuliers, c'est-à-dire lorsqu'un approvisionnement de trois mois pourrait ne pas être approprié à ce moment-là. L'utilisation des codes d'intervention énumérés ci-dessous fera l'objet d'une vérification, et la raison justifiant l'utilisation doit être indiquée sur l'ordonnance papier.

***ER** = Déroger à la provision limite pour la période*
***MN** = Demande de règlement de remplacement en raison d'un changement de dose*
***MY** = Soins de longue durée Ordonnance divisée pour observance*
DH = Ordonnance synchronisée conformément à la règle 19

Pour les patients qui ont besoin d'un approvisionnement continu ou plus fréquent en raison d'un trouble cognitif ou d'un autre problème, un formulaire de demande d'exception (accessible en ligne sur le site Web providerConnect[MD] de GreenShield) doit être soumis; la justification clinique à l'appui de la demande doit être indiquée. L'équipe de pharmaciens de GreenShield examinera la demande. Quand elle le jugera pertinent, elle accordera une exemption à la politique. Les demandes de dispense devraient être justifiées par une raison clinique acceptable.

5.10 Refus d'exécuter une ordonnance

GreenShield remboursera les pharmacies pour « refus d'exécuter une ordonnance ». Les pharmaciens ont toujours eu le droit et l'obligation de refuser d'exécuter certaines ordonnances lorsque leur jugement professionnel leur dicte cette décision. Voici quelques exemples de motifs justifiant le refus d'exécuter une ordonnance :

- Duplication thérapeutique (il se peut que le médicament ne soit pas nécessaire)
- Réaction moins qu'optimale (le médicament ne produit pas le résultat souhaité)
- Réaction négative au médicament
- Dose dangereusement forte
- Fausses ordonnances et ordonnances falsifiées

Les exigences qu'il convient de documenter et de rendre disponibles aux fins de vérification sont les suivantes :

- Dialogue entre le prescripteur et le pharmacien
- Résultat
- Communication avec le patient pour expliquer la conclusion tirée du dialogue entre le prescripteur et le pharmacien

Le remboursement ne sera *pas* accepté dans les circonstances suivantes :

- Médicament en rupture de stock (c.-à-d. que la commande est en attente)
- Réponses EUM (c.-à-d. renouvellement hâtif)
- Modification de l'ordonnance pour qu'elle soit admissible

Facturation d'une demande de règlement pour « refus d'exécuter l'ordonnance »

- Saisissez le DIN du médicament en question dans le logiciel de la pharmacie comme vous le faites actuellement lorsque vous exécutez une ordonnance.
- La valeur « **1 »** doit être saisie dans les champs Code de service spécial, Quantité et Nombre de jours d'approvisionnement.
- Le montant de 22 $ doit être saisi dans le champ Honoraires de service spécial.
- Évaluez la demande de règlement.

Remarques

- Seules les demandes de règlement évaluées par GreenShield seront payées si GreenShield est le premier payeur. Il n'y aura pas de coordination des prestations avec des régimes provinciaux semblables.
- Ce programme ne sera offert que par la voie du système d'évaluation des demandes de règlement en ligne ou un régime de remboursement des médicaments à paiement différé, auquel cas les pharmaciens fournisseurs recevront le paiement des demandes de règlement. Les demandes de règlement sur papier ne seront pas payées.

Veuillez faire en sorte que les documents justificatifs puissent facilement être extraits, car les demandes de règlement peuvent être vérifiées par le Service de surveillance des réclamations de GreenShield, et les paiements peuvent être contre-passés.

5.11 Produits à base de codéine et d'hydrocodone pour les enfants

Les lignes directrices de Santé Canada prescrivent qu'il est préférable de ne pas administrer de produits contenant de la codéine aux enfants de moins de 12 ans. Dans le même ordre d'idées, il est préférable de ne pas administrer de produits contenant de l'hydrocodone aux enfants de moins de six ans. Par mesure de sécurité, si une pharmacie soumet un produit contenant de la codéine et que l'enfant a moins de 12 ans, OU un produit contenant de l'hydrocodone et que l'enfant a moins de six ans, un code de réponse « KR – Le patient n'est pas admissible au produit » sera renvoyé. Si le pharmacien a consulté le prescripteur et que l'ordonnance doit être exécutée telle qu'elle a été établie, un code de dérogation « UA – Prescripteur consulté et ordonnance exécutée telle qu'elle a été établie » peut être utilisé.

6. ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME ET RENSEIGNEMENTS SUR LA POLITIQUE

6.1 Limites

(a) Exclusions courantes dans la plupart des régimes

- Diaphragmes, préservatifs, mousses et gelées contraceptives ou appareils utilisés normalement pour la contraception
- Produits de santé naturels, par exemple les produits vitaminés pour administration par voie orale, les plantes médicinales et les produits homéopathiques
- Produits cosmétiques
- Atomiseurs, appareils et dispositifs prosthétiques ou équipement de contrôle diagnostique
- Médicaments ou dispositifs qui sont, ou peuvent être, classés comme étant de nature expérimentale, ou pour lesquels un avis de conformité n'a pas été émis ou a été révoqué
- Produits dépourvus de numéro d'identification du médicament (DIN)
- Sérum sanguin biologique, vaccins préventifs ou injections qui ne sont pas prescrites ni administrées par un praticien qualifié, ou injections fournies dans le cadre d'un
  programme de santé fédéral, provincial ou municipal
- Ordonnances pour lesquelles le patient est admissible à un remboursement au titre de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail
- Ordonnances remboursées par un organisme fédéral, provincial ou municipal ou par une fondation
- Ordonnances délivrées à la suite d'un accident de véhicule automobile
- Tout médicament auquel le patient est admissible au titre de divers régimes d'assurance médicaments provinciaux

(b) Inducteurs d'ovulation

GreenShield couvre des groupes qui imposent des restrictions concernant l'utilisation des inducteurs d'ovulation. Les inducteurs d'ovulation comprennent l'hormone de stimulation folliculaire et l'hormone lutéinisante (Pergonal[MD]), la nafaréline (Synarel[MD]), le cétrorélix

(Cetrotide[MD]) et d'autres médicaments. Certains groupes qui imposent ces restrictions peuvent couvrir des inducteurs d'ovulation par voie de remboursement seulement. Les membres du régime sont informés du fait qu'ils doivent payer les inducteurs d'ovulation sur ordonnance pour lesquels ils soumettent des demandes de règlement, puis présenter des demandes de remboursement. Ces demandes de règlement ne peuvent pas être soumises directement par la pharmacie. Il serait bon d'émettre un reçu, et le patient peut soumettre le compte payé à GreenShield aux fins de traitement.

D'autres groupes peuvent imposer des plafonds pour les inducteurs d'ovulation qui ne s'appliquent peut-être pas à d'autres classifications thérapeutiques dans leur régime.

(c) Montants annuels de médicaments plafonnés

GreenShield couvre des groupes qui plafonnent les montants annuels admissibles au titre de leur régime de remboursement des médicaments. Une fois que le patient a

dépassé ce montant maximal, les demandes de règlement en sus de ce plafond sont à sa charge.

(d) Quantités de contraceptifs oraux
Les régimes qui couvrent les contraceptifs oraux permettent la préparation d'une provision pour au plus 90 jours à la fois. Seulement 13 boîtes par an sont permises. Les quantités excédentaires seront réduites au maximum permis. Certains régimes prévoient des exceptions.

(e) Désaccoutumance au tabac
GreenShield impose des limites standard pour les produits de désaccoutumance au tabac. Dans les régimes au titre desquels les produits de désaccoutumance au tabac sont admissibles (c.-à-d. les timbres transdermiques, la gomme, les vaporisateurs et les pastilles), l'utilisation sera limitée à une provision pour trois mois de timbres transdermiques et une provision pour trois mois de gomme par an, ces provisions pouvant être utilisées consécutivement, mais non simultanément.

Cela signifie qu'un patient, sous réserve qu'il soit admissible, peut recevoir 98 timbres transdermiques, 1 050 morceaux de gomme, 4 200 vaporisateurs buccaux, OU 1 232 pastilles par an, en fonction de la date de la première demande de règlement. Le nombre de comprimés de bupropion (p. ex., Zyban^{MD}) et de varénicline (p. ex., Champix^{MD}) est limité à 168 par an.

Ces limites peuvent varier à la demande du promoteur de régime.

GreenShield offre un programme complet de désaccoutumance au tabac dans le cadre duquel la thérapie médicamenteuse est accompagnée de services cognitifs offerts par des pharmaciens habilités à le faire. Les médicaments de désaccoutumance au tabac sur ordonnance sont admissibles, et les pharmacies sont remboursées pour leurs services. Certains clients optent pour ce programme. De plus amples renseignements sont accessibles sur notre site Web à www.providerconnect.ca/SmokingCessation/Intro.aspx

(f) Vaccins
La couverture des vaccins est coordonnée avec les différents organismes de santé publique provinciaux et territoriaux. Les vaccins sont administrés par la santé publique

selon une posologie fondée sur l'âge et le sexe. Dans des fourchettes d'âge données, il se peut que certains vaccins ne soient pas couverts par GreenShield si la personne est en mesure de l'obtenir de la santé publique. La liste des vaccins couverts par la santé publique est accessible auprès du ministère de la Santé de chaque province ou territoire et de Santé Canada.

La couverture des vaccins par GreenShield sera fonction d'un certain nombre de facteurs, dont les politiques de santé publique, l'âge, le sexe et la durée de l'effet du vaccin.

(g) Méthadone pour le traitement de la toxicomanie
La méthadone doit être préparée à l'aide d'un produit disponible sur le marché (c.-à-d. Methadose^{MD} et Metadol-D^{MD}), et la quantité distribuée doit être évaluée en millilitres

(mL). Le choix du produit commercial dépend de l'indication clinique de la monographie du médicament. Une seule demande de règlement globale ou plusieurs demandes de règlement en une même journée peuvent être soumises comme suit :

- Sept demandes de règlement au total (dont chacune représente un jour de traitement) peuvent être soumises par patient le même jour. Les demandes de règlement subséquentes soumises le même jour seront refusées parce qu'elles font double emploi.
- Des frais d'exécution standard seront payés pour la première demande de règlement (dose témoin) chaque jour.
- Les demandes de règlement de doses à emporter seront évaluées selon le barème des traitements de la toxicomanie de GreenShield.
- Chaque patient qui reçoit de la méthadone est limité à 365 doses par année.
- Si vous ne souhaitez pas soumettre plusieurs demandes de règlement par jour, une demande de règlement par intervalle d'au plus sept jours peut être soumise pour la quantité totale délivrée.

REMARQUE : Les demandes de règlement portant sur des produits à base de méthadone disponibles sur le marché ne peuvent pas être soumises comme s'il s'agissait de composés.

Dans certaines provinces, la préparation de solutions mères de méthadone est encore autorisée. Le cas échéant, les indications ci-après peuvent s'appliquer jusqu'à ce que la réglementation provinciale ou territoriale soit modifiée :

- Une seule demande de règlement de méthadone par jour peut être soumise. Cependant, le remboursement couvrira les honoraires maximaux permis ET les honoraires maximaux permis de préparation. La portion des honoraires liée à la préparation sera directement fonction du nombre de doses à emporter, et elle augmentera si le nombre de jours d'approvisionnement augmente.
- Dans le cas d'une provision pour trois jours, par exemple, le remboursement couvrira le COÛT + 9,89 $ + le TARIF CMPD; dans le cas d'une provision pour cinq jours, le remboursement couvrira le COÛT + 9,89 $ + le TARIF CMPD SUPÉRIEUR. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les honoraires de préparation seront rajustés pour tenir compte de l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement.

- Les demandes de règlement de méthadone sont assujetties à une vérification fondée sur notre analyse postérieure à l'audit des composés. Si les renseignements transmis en ligne ne concordent pas avec notre analyse postérieure à la vérification des demandes de règlement de méthadone, votre compte sera rajusté en conséquence.

(h) Méthadone pour le soulagement de la douleur ou les soins palliatifs

Les demandes de règlement de méthadone pour le soulagement de la douleur ou les soins palliatifs doivent porter sur un produit disponible sur le marché (p. ex., Metadol[MD]). Le choix du produit commercial dépend de l'indication clinique de la monographie du médicament.

(i) Buprénorphine pour le traitement de la toxicomanie

Les demandes de règlement de buprénorphine peuvent être soumises de la manière suivante :

- Une seule demande de règlement par patient et par dosage peut être soumise une même journée. Il est préférable que la demande indique la dose témoin et les doses à emporter. (P. ex., si la demande porte sur une dose témoin et 13 doses à emporter, une seule demande de règlement de 14 doses pour une provision de 14 jours peut être soumise.) Les demandes subséquentes portant sur le même dosage qui seront présentées le même jour seront refusées parce qu'elles feraient double emploi.
- Les frais d'exécution standard courants et habituels seront payés au titre de la demande de règlement totale.

(j) Bandelettes de test pour personnes diabétiques

Les membres des régimes de GreenShield sont admissibles à des bandelettes de test pour personnes diabétiques aux conditions suivantes :

- Les personnes diabétiques non insulino-dépendantes ont droit à 600 bandelettes par année (à partir de la date de la première demande de règlement payée).
- Les personnes diabétiques insulino-dépendantes ont droit à 3 000 bandelettes par année (à partir de la date de la première demande de règlement payée).

6.2 Quotes-parts et franchises

Les régimes de GreenShield proposent diverses options de quote-part et de franchise.

La quote-part peut être de 0,35 $ par ordonnance, 1 $ par ordonnance, 2 $ par ordonnance, etc,. ou encore représenter 10 %, 20 % ou 30 %, etc. par ordonnance du prix total de l'ordonnance. La quote-part peut également être égale aux frais d'exécution d'ordonnance, ou être égale aux frais d'exécution moins un montant donné.

Une franchise peut consister en montants de 10 $, 15 $, 25 $ ou 50 $ par personne (20 $, 30 $, 50 $ ou 100 $ par famille), appliqués annuellement. Cela pourrait être une fois par année civile ou une fois par période de 12 mois consécutifs, à partir de la date de la première ordonnance exécutée au cours de chaque période, ou de la date d'entrée en vigueur du régime du patient.

Le système en ligne signale aux pharmaciens toute quote-part ou franchise applicable. S'il y a une quote-part ou une franchise, ce montant doit être perçu à la pharmacie.

REMARQUE : Les ententes avec les fournisseurs interdisent toute surfacturation. Si le total du montant admissible prévu par GreenShield et de la quote-part applicable à la personne adhérente est inférieur aux frais usuels et raisonnables de la pharmacie, celle-ci ne peut facturer la différence à la personne adhérente que dans les situations suivantes.

- **Différence dans les frais d'exécution d'ordonnance (applicable uniquement au Québec et en Ontario)**
  Lorsqu'il y a une différence entre les frais d'exécution d'ordonnance usuels et

raisonnables de la pharmacie et les frais d'exécution d'ordonnance maximaux remboursés dans le cadre du régime

- **Demande de médicament de marque**
  Lorsque la personne adhérente choisit un médicament de marque au lieu de son équivalent générique et que son régime n'autorise pas les réclamations portant la mention « aucune substitution »
- **Prix maximum admissible ou prix de référence**
  Lorsque le régime rembourse en fonction du prix maximum admissible, du prix de référence ou du prix des équivalents thérapeutiques et que la personne adhérente choisit un produit qui dépasse le montant prévu
- **Quantité excédentaire distribuée**
  Lorsque la quantité distribuée dépasse le maximum autorisé par le régime (par exemple, la personne adhérente demande une provision de 60 jours, mais le régime n'en rembourse que 34)

GreenShield vérifie régulièrement les réclamations afin de garantir le respect de ses ententes avec les fournisseurs et de protéger les personnes adhérentes contre les prix excessifs. Les frais facturés aux personnes adhérentes en dehors des exceptions définies ci-dessus sont considérés comme non conformes et peuvent donner lieu à un avertissement pour la première infraction, puis aux sanctions pécuniaires suivantes par la suite : 500 $ pour la deuxième infraction; 1 000 $ pour la troisième infraction; 2 000 $ pour la quatrième infraction. À partir de la cinquième infraction, la *Convention de transmission des demandes de règlement pharmaceutiques* est suspendue ou résiliée. GreenShield peut également décider de suspendre ou de résilier la Convention sur-le-champ si l'infraction constitue une violation substantielle de cette entente ou du *Manuel des demandes de règlement pharmaceutiques*.

6.3 Sélection de produit et aucune substitution

Quand un médicament prescrit peut être remplacé par un produit générique inscrit sur un formulaire provincial (p. ex., le Programme de médicaments de l'Ontario), il est admissible à « **la sélection de produit** », à quelques exceptions près (voir ci-dessous).

GreenShield rembourse à la pharmacie le prix le plus bas du médicament générique tel qu'il est indiqué sur le formulaire provincial. Certains règlements provinciaux peuvent varier légèrement.

Il y a trois options de paiement standard, selon le produit sélectionné :

- Un régime au titre duquel le médecin OU le patient peut demander qu'il n'y ait « aucune substitution ».
- Un régime dans lequel la sélection du produit est au « choix du médecin », seul le médecin pouvant demander qu'il n'y ait « aucune substitution ».
- Un régime dans lequel un « produit obligatoire peut être sélectionné », qui accorde seulement le paiement du prix le plus bas du médicament générique, peu importe qui a demandé qu'il n'y ait « aucune substitution ».

Quand un médecin, un patient ou un pharmacien indique la mention « **aucune substitution** », les indicateurs ci-dessous doivent être saisis dans le champ « aucune

substitution » approprié de la sélection de produit lorsque des demandes de règlement sont soumises.

Système STEL	Explication
1	▪ Le médecin a précisé « aucune substitution »
2	▪ Le patient a précisé « aucune substitution »
3	▪ La marque dont le coût est le plus bas dans l'inventaire de la pharmacie
4	▪ Thérapie en cours

6.4 Substitution par un générique améliorée (SMGA)

Certains membres du régime peuvent être assujettis à la SMGA. Indépendamment de l'interchangeabilité, la prestation maximale sera limitée au coût le plus bas du médicament générique de substitution. La liste courante des substituts génériques sera publiée périodiquement dans providerConnect[MD]. Pour obtenir cette liste, allez à providerConnect.ca, puis accédez à l'onglet « Ce qu'il vous faut ». Puis, sélectionnez « Fournisseur en pharmacie » à partir du menu déroulant, et vous accéderez au menu des pharmacies. Vous verrez sous « Manuels de pharmacie » le lien Substitution par un générique améliorée. C'est là que se trouve la liste des substituts génériques.

6.5 Formulaires bloqués

GreenShield couvre des groupes dans lesquels le remboursement des médicaments est bloqué à des dates données. Tout « nouveau médicament » mis en marché après cette date ne sera pas admissible au remboursement et devra être payé par le patient.

Les **nouveaux médicaments** sont définis comme étant tout ingrédient ayant reçu un avis de conformité après une date donnée OU pour lequel un nouveau mode d'administration a été adopté (p. ex., les *capsules destinées à l'inhalation Spiriva[MD]* par opposition à la solution pour inhalation Spiriva[MD] Respimat[MD]).

Veuillez noter que l'équivalent générique d'un médicament déjà approuvé ne serait pas considéré comme « nouveau », mais plutôt comme une *copie*, et serait admissible au remboursement. Les nouveaux médicaments sont des produits chimiques qui n'étaient pas disponibles auparavant aux fins de traitement.

Si une demande de règlement est soumise pour un médicament non admissible au remboursement parce que le formulaire est bloqué, le code de réponse « D1 » et le message « NIM/NIP/GP#/SSC n'est pas admissible » seront reçus et le médicament sera payé par le patient.

6.6 Formulaires contrôlés

GreenShield couvre des groupes dans lesquels le remboursement des médicaments est contrôlé à des niveaux donnés, et tout « nouveau médicament » n'est ajouté que s'il est inscrit sur le formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario. Des médicaments peuvent devenir non admissibles si des substituts moins coûteux sont mis en marché, auquel cas le groupe peut retirer ces médicaments. Tout nouveau médicament exclu du

régime est pris en charge par le patient.

6.7 Formulaires à paliers

GreenShield offre des régimes comportant un formulaire à paliers. Les médicaments sont groupés par palier et une quote-part différente leur est attribuée en fonction du palier dans lequel le produit est classé dans le système de GreenShield. Veuillez noter que les paliers peuvent être modifiés en tout temps, et par conséquent, le remboursement d'un médicament donné peut changer sans préavis. Les préavis ne sont pas envoyés quand des changements sont faits aux paliers.

6.8 Formulaires gérés

GreenShield couvre aussi des groupes ayant des formulaires qui comprennent des médicaments admissibles au remboursement, seulement si le patient répond à des critères médicaux précis (les médicaments d'exception). Si une première demande de règlement est soumise pour un médicament d'exception, le code de réponse « DX » et le message « Le médicament doit être autorisé » seront reçus.

Le pharmacien peut alors accéder au portail providerConnect[MD] et imprimer le formulaire d'autorisation spéciale dont le patient a besoin. Pour y accéder, allez à providerConnect.ca, puis à l'onglet « Ce qu'il vous faut ». Puis, sélectionnez « Fournisseur en pharmacie » à partir du menu déroulant, et vous accéderez au menu des pharmacies. Vous verrez sous « Manuels de pharmacie » le lien « Formulaires d'autorisation de médicaments ». Cliquez sur ce lien pour accéder à la liste des médicaments pour lesquels des formulaires d'autorisation spéciale peuvent être imprimés.

Une autre option consiste à inviter le patient à accéder à son compte dans le site Web des Services en ligne des membres du régime pour obtenir le formulaire.

Ce formulaire doit être rempli par le patient et le médecin, et renvoyé à GreenShield aux fins d'évaluation. Si elle est approuvée, la demande de règlement peut être soumise et sera acceptée comme n'importe quelle autre demande de remboursement des médicaments.

6.9 Programme de soins spécialisés

Certains régimes GreenShield exigent que les participants obtiennent certains médicaments spécialisés coûteux auprès de pharmacies désignées dans le cadre de notre Programme de soins spécialisés. Si une demande de remboursement est traitée par une pharmacie ne faisant pas partie du réseau, elle sera refusée. Le participant doit obtenir le médicament auprès d'une pharmacie incluse dans le programme. Comme ces médicaments nécessitent une approbation préalable de GreenShield, le participant aura reçu des informations sur ce programme au moment de l'approbation. Le programme ne s'applique pas au Québec.

6.10 Coût maximal admissible

L'option du coût maximal admissible plafonne la portion admissible du prix d'une ordonnance selon la catégorie thérapeutique. Le prix du médicament offrant le meilleur rapport coût-efficacité de sa catégorie sert à établir le montant admissible au remboursement. Le coût maximal admissible ou le tarif de référence peut être applicable dans toutes les provinces, sauf le Québec.

À l'heure actuelle, cette option s'applique seulement à quatre catégories de médicaments largement utilisés, et il est possible que d'autres catégories s'y ajoutent ultérieurement.

- Les inhibiteurs de la pompe à protons, ou PPI (Losec[MD], Prevacid[MD], Pariet[MD], etc.)
- Les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)
- Les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II (ARA)

La structure des régimes de remboursement des médicaments peut comporter quelques-unes ou la totalité des options du coût maximal admissible. Il se peut que d'autres catégories de médicaments soient intégrées dans cette entente de tarification au fil du temps.

6.11 Produits non prévus et produits de santé naturels

Les médicaments qui ne sont pas prévus par l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) ne sont pas couverts par la plupart des régimes de GreenShield. Les produits qui sont considérés comme des produits naturels pour la santé et auxquels un numéro de produit naturel (NPN) a été attribué par Santé Canada ne sont pas couverts par la plupart des régimes de GreenShield. Le programme ne s'applique pas au Québec.

6.12 Frais d'exécution d'ordonnance

GreenShield paiera des honoraires professionnels pour l'exécution de chaque ordonnance. En Ontario, ces frais correspondront au moindre des honoraires courants et habituels demandés par le pharmacien ou de la moyenne pondérée des honoraires professionnels de GreenShield, tels qu'ils ont été établis par GreenShield. Dans les autres provinces, les honoraires (de base) provinciaux seront utilisés. Il serait bon que les pharmacies fassent enregistrer leurs honoraires courants et habituels auprès du service des dossiers des fournisseurs de GreenShield. En Ontario, les honoraires enregistrés de chaque pharmacie servent au calcul de la moyenne pondérée des honoraires professionnels de GreenShield.

6.13 Quantités préparées et honoraires fondés sur le nombre de jours d'approvisionnement

Les demandes de règlement d'ordonnances seront traitées pour la quantité prescrite, jusqu'à concurrence de 100 jours d'approvisionnement. Les frais admissibles seront payés conformément aux barèmes provinciaux.

Dans le cas des provisions pour période de vacances, une exception à ce qui précède sera accordée jusqu'à concurrence de 183 jours. GreenShield remboursera de la manière indiquée ci-dessous les honoraires facturés pour des provisions dont la durée s'échelonne sur 101 à 183 jours :

Quantité	Honoraires dont le remboursement peut être demandé
101-120 JOURS	1 et 1/3 des honoraires
121-150 JOURS	1 et 2/3 des honoraires
151-183 JOURS	2 fois les honoraires

Veuillez noter que pour que des frais d'exécution multiples soient acceptés, il est essentiel que le nombre de jours d'approvisionnement soit indiqué sur la demande de règlement. Si cet espace est vide, le paiement portera sur les frais d'exécution d'une seule ordonnance. De plus, il serait bon d'utiliser le code d'intervention « MV » pour signaler que la demande de règlement porte sur une provision pour période de vacances et fait exception à la provision limite standard de 100 jours.

6.14 Coût des ingrédients

Le coût des ingrédients est défini comme étant le coût publié ou payé par n'importe quel régime de médicaments provincial, ou le coût d'acquisition net publié par le fabricant (le prix courant du fabricant [PCF]), plus une majoration, ou le coût d'acquisition de gros publié par le fabricant, plus une majoration. GREEN SHIELD tient compte de tous les autres facteurs qui sont couverts par les frais d'exécution. Le programme ne s'applique pas au Québec.

6.15 Délai maximal pour soumettre des demandes de règlement

Les demandes de règlement peuvent être soumises ou contre-passées aux fins de traitement manuel ou en ligne jusqu'à 12 mois après la première date de prestation du service.

6.16 Médicament sur ordonnance perdu, volé ou utilisé incorrectement

GreenShield estime que la première exécution d'une ordonnance relève du régime, et le paiement est effectué en conséquence. Il incombe cependant au membre du régime (le patient) d'éviter le bris, le vol, la détérioration ou l'utilisation inadéquate du médicament, et d'en assurer le remplacement.

6.17 Demandes de règlement dont le paiement est différé

Le régime de remboursement différé de GreenShield exige que la pharmacie soumette la demande de règlement en ligne, que le membre du régime paie la pharmacie, après quoi ce dernier recevra le remboursement de GreenShield. Voici la marche à suivre pour cette structure de régime :

a) La pharmacie soumet la demande de règlement en ligne à GreenShield aux fins d'évaluation.
b) La pharmacie verra le code de réponse « QJRC », qui signifie :
   QJ – Paiement différé; le patient doit payer le pharmacien
   RC – Transmis à l'assureur
c) Le membre du régime paie intégralement la pharmacie.
d) Le remboursement du membre du régime sera traité par GreenShield le cinquième jour civil qui suit la soumission de la demande de règlement. Une période d'attente de quatre jours a été mise en place pour que la pharmacie dispose du temps nécessaire, s'il y a lieu, pour contre-passer la demande de règlement.

Il est important de souligner que les personnes qui disposent d'une couverture secondaire devront attendre qu'un relevé de demandes de règlement soit émis par GreenShield avant de soumettre une demande sur papier au régime secondaire.

6.18 Intégration des programmes provinciaux de médicaments de spécialité

GreenShield intègre les garanties aux programmes provinciaux de médicaments de spécialité offerts, le cas échéant, dans chaque province. Les pharmacies devraient être au courant des programmes offerts et s'assurer que les demandes de règlement sont évaluées en premier en fonction du programme provincial de médicaments de spécialité pour chaque membre du régime admissible au programme.

7. DEMANDES DE RÈGLEMENT NON PRÉSENTABLES

7.1 Remboursement aux membres du régime seulement

GreenShield offre des régimes dans lesquels seuls les membres peuvent être remboursés. Les membres qui ont adhéré à ces régimes doivent payer leurs ordonnances et soumettre directement leurs demandes de règlement à GreenShield aux fins de traitement. Les pharmacies ne peuvent pas soumettre directement les demandes de règlement à GreenShield si les régimes n'accordent les remboursements qu'à leurs membres.

Les reçus d'ordonnance habituels produits par ordinateur sont acceptés pour les demandes de règlement de ce genre. Les demandes de règlement de composés extemporanés doivent indiquer les ingrédients.

8. REÇUS D'ORDONNANCE POUR LES PATIENTS QUI PAIENT EN ESPÈCES

Pour faciliter la tâche aux clients qui soumettent vos reçus d'ordonnance aux fins de traitement, veuillez fournir les renseignements suivants :

- le montant payé
- le nom et le DIN du médicament
- la concentration de la médication
- la quantité délivrée
- le numéro d'ordonnance
- le nom et l'adresse de la pharmacie
- les ingrédients du composé (si possible)

Veuillez noter que les reçus de caisse enregistreuse ou les feuillets des achats réglés par carte de crédit ou de débit seuls ne sont pas acceptés.

9. EXAMEN DE LA SOUMISSION EN LIGNE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toutes les demandes de règlement de médicaments d'ordonnance et d'équipement médical qui sont soumises doivent être authentiques et exactes, et doivent porter sur un produit préparé pour un membre d'un régime existant de GreenShield. GreenShield se réserve le droit de vérifier ou d'examiner les demandes de règlement soumises par une pharmacie ou un fournisseur de services, avant ou après le paiement. Cette vérification ou cet examen peut nécessiter la prise de mesures pour obtenir des documents ou faire vérifier des documents par la pharmacie, le membre du régime ou le fournisseur de

services.
Chaque pharmacie doit, par conséquent, tenir des dossiers exacts et complets de nature à permettre, à tout le moins, à GreenShield de vérifier l'identité et l'adresse du membre du régime, l'ordonnance, les fournitures ou l'équipement, le prix de détail, la date à laquelle l'ordonnance, les fournitures ou l'équipement ont été demandés, et la date à laquelle l'ordonnance, l'équipement ou les fournitures ont été remis au membre du régime. Si GreenShield conclut, dans le cadre d'une vérification ou d'un examen du dossier soumis, que la demande de règlement en l'état n'est pas vérifiable, authentique ou exacte, GreenShield peut contre-passer le paiement effectué et inscrire le montant contre-passé au crédit des montants qui seront exigibles plus tard, ou prendre des mesures pour obtenir le remboursement. GreenShield signalera les opérations contre-passées à la pharmacie et se réserve le droit de résilier le droit de présenter directement des demandes ou d'autres droits liés à la soumission de demandes de règlement.

ANNEXE I – Entente relative à la soumission des demandes de règlement pharmaceutiques

L'Entente relative à la soumission des demandes de règlement pharmaceutiques est générée électroniquement dans providerConnect[MD]. Consultez le site Web à providerconnect.ca et sélectionnez l'onglet « Registre des fournisseurs ». Puis, sélectionnez « Pharmacie » à partir du menu déroulant, et vous accéderez à un formulaire à remplir. Voici l'adresse complète du site Web :

www.providerconnect.ca/ProviderEnrolment/PharmacyAccount.aspx

Inscrivez tous les renseignements demandés sur le formulaire et cliquez sur « Soumettre ». Le système générera une entente de fournisseur de services à partir des renseignements consignés sur le formulaire. Vous pourrez ensuite imprimer l'entente.

ANNEXE II – NIP et pseudo-NIP

Certains NIP et pseudo-NIP sont accessibles sur le site Web providerConnect[MD].

Pour en consulter la liste, allez à providerConnect.ca, puis sélectionnez l'onglet « Ce qu'il vous faut ». Cela fait, sélectionnez « Fournisseur en pharmacie » et vous accéderez au menu des pharmacies. Vous verrez sous « Manuels de pharmacie » le lien « Codes fréquemment utilisés à des fins de facturation ». Cliquez sur ce lien pour télécharger la liste la plus récente.

ANNEXE III – Services pharmaceutiques axés sur la valeur

(Entrée en vigueur : Le 1er juillet 2020)

La structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur la valeur de GreenShield vise à mettre l'accent sur la qualité des soins. Elle s'appliquera uniquement aux pharmacies qui ont obtenu une cote de qualité des pharmacies (cote de qualité), publiée chaque année en mars, et fera un lien entre la cote de qualité et le remboursement aux pharmacies. Les pharmacies et les membres du régime ont accès

à cette cote sur nos plateformes de services en ligne sécurisées. Les pharmacies n'atteignant pas une certaine cote de qualité au cours d'une période de rendement donnée (définie ci-dessous) continueront à être payées selon la structure de remboursement en vigueur.

La structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur la valeur, fondée sur un cycle de 12 mois, est liée à des périodes définies de mesure du rendement, connue comme la période de rendement. Cette dernière aura un effet sur le remboursement pour une période définie, soit la période de remboursement. Les pharmacies qui atteignent une certaine cote de qualité au cours d'une période de rendement donnée verront leurs paiements rajustés selon un pourcentage prédéfini durant la période de remboursement de 12 mois correspondante. Les pourcentages de rajustement seront réinitialisés tous les ans et communiqués aux pharmacies au moyen d'un Bulletin-Pharmacie qui sera envoyé en mars avant le début de la prochaine période de remboursement.

Les relevés des pharmacies ayant atteint une certaine cote de qualité et assujetties à la structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur la valeur au cours d'une période de remboursement donnée indiqueront le montant du rajustement des services pharmaceutiques axés sur la valeur appliqué et le montant rajusté du paiement émis. Pour les pharmacies ayant une cote faible, chacun des paiements faits pendant la période de remboursement correspondante fera l'objet d'un rajustement négatif, alors que pour les pharmacies ayant une cote élevée, les paiements feront l'objet d'un rajustement positif. Lorsqu'un paiement fait l'objet d'un rajustement négatif, une mesure de sécurité intégrée au calcul permet de protéger le coût estimé d'acquisition des médicaments et de veiller à ce que le remboursement global ne soit jamais en deçà de ce coût.

La structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur la valeur de GreenShield sera fondée sur un fonds commun dédié appelé fonds de rendement des pharmacies (le fonds commun). Les pharmacies ayant un excellent rendement recevront une prime supplémentaire qui sera retirée du fonds commun, alors que les pharmacies ayant un rendement plus faible contribueront au fonds. Il sera fait part des activités du fonds, notamment en ce qui concerne les montants retenus et les primes versées, à la communauté pharmaceutique tous les ans par souci de transparence et de responsabilisation.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur la structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur la valeur de GreenShield et des renseignements précis et à

jour sur les remboursements sur le site providerConnect[MD]. Sélectionnez l'onglet « Ce qu'il vous faut ». Puis, sélectionnez « Fournisseur en pharmacie » à partir du menu déroulant, et vous accéderez au menu des pharmacies. Vous y trouverez tous les renseignements sur les services pharmaceutiques axés sur la valeur. L'adresse du menu des pharmacies est la suivante :

https://www.providerconnect.ca/AdminContent/Forms.aspx?type=pharmacy&lang=fr-CA

REMARQUE : La structure de remboursement des services pharmaceutiques axés sur

la valeur peut être modifiée de temps à autre par GreenShield, à son entière discrétion.