

00991196	Traitements contre les verrues	Cantharidine (> 0,7 %)
00991197	Autres préparations magistrales admissibles	Diltiazem Nifédipine Glutaraldéhyde (10 % ou plus) Dimercaprol Acide folique (> 1 mg) Phénazopyridine Disulfirame Déméclocycline Acétyl-L-carnitine, acide cromoglicique (> 2 %) Gargarisme Magic Mouthwash Néomycine
Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies	Préparation magistrale pour cause de rupture de stock	À utiliser lorsque vous faites une préparation magistrale pour remplacer un produit du commerce en rupture de stock. Le DIN du produit du commerce en rupture de stock doit être couvert par le régime de l'adhérent pour que la préparation magistrale puisse le remplacer en cas de rupture de stock. Conservez la justification de la rupture de stock dans le dossier.
00999984	Ains topiques	Diclofénac Ibuprofène Indométacine Kétoprofène Naproxène Méloxicam Piroxicam Célécoxib Flurbiprofène
00900669	Traitements non invasifs de la dysfonction érectile (bimix/trimix)	Papavérine (+/- prostaglandine) Phentolamine (+/- prostaglandine)
90800233	Traitement hormonal substitutif – progestérone	Progestérone pour THS
00990111	Traitement hormonal substitutif – œstrogène	Œstrogène (estriol/estrone/estradiol) pour THS
90800234	Traitement hormonal substitutif – testostérone	Testostérone pour THS
Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies	Préparations magistrales non admissibles aux fins de la coordination provinciale des avantages	À utiliser pour les demandes de règlement concernant une préparation magistrale admissible aux termes de la politique sur les préparations magistrales de TELUS Santé, mais non admissible en vertu du régime provincial. Conservez dans le dossier les documents justifiant les raisons pour lesquelles la préparation magistrale n'est PAS couvert par le régime provincial, mais est admissible aux termes de la politique sur les préparations magistrales de TELUS.
Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies	Pseudo-DIN pour préparation magistrale du RSSFP	Participants au RSSFP – Si le médicament composé prescrit est non admissible aux termes de la politique sur les préparations magistrales de TELUS Santé, communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour vérifier quels sont les préparations magistrales admissibles au RSSFP.
Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies	Préparations magistrales à teneur personnalisée (fabriqués à partir de matières premières)	Exemples : fluoxétine, oméprazole, naltrexone, T3/T4 liothyronine/lévothyroxine, thyroïde desséchée. Ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive des ingrédients admissibles. L'admissibilité des ingrédients dépend de la couverture des teneurs offertes sur le marché. Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour vérifier l'admissibilité des teneurs offertes sur le marché.

Directives sur le remboursement d'honoraires pour préparation de préparations magistrales

Il arrive que des pharmaciens communiquent avec TELUS Santé pour connaître le temps admissible pouvant être facturé pour la préparation de préparations magistrales. Selon le type de préparation, veuillez vous référer au tableau approprié ci-dessous lorsque vous soumettez une demande de règlement.

Crème/pommade/lotion composées		1 ingrédient = 2 minutes (max. 20 minutes), plus 2 autres minutes par 50 g
Quantité	N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total
De 0 à 50 g	2	6 min
	4	10 min
	6	14 min
	8	18 min
	10+	22 min
De 51 à 100 g	2	8 min
	4	12 min
	6	16 min
	10+	24 min
De 101 à 150 g	2	10 min
	4	14 min
	6	18 min
	8	22 min
	10+	26 min
De 151 à 200 g	2	12 min
	4	16 min
	6	20 min
	8	24 min
	10+	28 min
De 201 à 250 g	2	14 min
	4	18 min
	6	22 min
	8	26 min
	10+	30 min
De 251 à 300 g	2	16 min
	4	20 min
	6	24 min
	8	28 min
	10+	32 min
De 301 à 350 g	2	18 min
	4	22 min
	6	26 min
	8	30 min
	10+	34 min
De 351 à 400 g	2	20 min
	4	24 min
	6	28 min
	8	32 min
	10+	36 min
De 401 à 450 g	2	22 min
	4	26 min
	6	30 min
	8	34 min
	10+	38 min
Plus de 450 g	2	24 min
	4	28 min
	6	32 min
	8	36 min
	10+	40 min

Préparation d'un liquide à partir d'une poudre ou d'un liquide		Chaque ingrédient = 2 minutes, max. 20 minutes (ne pas ajouter de temps en fonction du volume) *Si le résultat obtenu est une fiole, ajoutez 5 minutes au temps admissible.
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	4 min	
4	8 min	
6	12 min	
8	16 min	
10+	20 min	

Capsules/comprimés mélangés à un liquide		Chaque ingrédient = 2 minutes, max. 20 minutes (ne pas ajouter de temps en fonction du volume) * Si vous devez <u>écraser un comprimé</u> ou <u>ouvrir une capsule</u> (p. ex., si la poudre n'est pas offerte), ajoutez 10 minutes au temps admissible.
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	4 min	
4	8 min	
6	12 min	
8	16 min	
10+	20 min	

Liquide mélangé à un autre liquide		Chaque ingrédient = 2 minutes, max. 20 minutes (ne pas ajouter de temps en fonction du volume)
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	4 min	
4	8 min	
6	12 min	
8	16 min	
10+	20 min	

Préparation d'une capsule		Ajouter au temps admissible (voir ci-dessous) 20 secondes par capsule (max. 60 minutes)
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	6 min	
4	12 min	
6	18 min	
8	24 min	
10+	30 min	

Préparation d'un suppositoire		Ajouter au temps admissible (voir ci-dessous) 45 secondes par suppositoire (max. 60 minutes)
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	4 min	
4	8 min	
6	12 min	
8	16 min	
10+	20 min	

Remarques supplémentaires

Seringues topiques résultant d'un mélange

Nous autorisons le temps admissible en fonction du nombre d'ingrédients (voir le tableau correspondant ci-dessus), plus :

- 2 minutes par seringue

Préparations et cassettes pour perfusion intraveineuse résultant d'un mélange*

Nous autorisons le temps admissible en fonction du nombre d'ingrédients (voir le tableau correspondant ci-dessus), plus :

- 3 minutes par minisac
- 24 minutes par cassette de 100 mL
- 18 minutes par cassette de 50 mL

(* À noter que la facturation relative aux sacs pour pompe est la même que pour les cassettes.)

Préparation magistrale de médicaments de spécialité

Nous acceptons ces processus de préparation magistrale de médicaments de spécialité :

- Broyage : 5 minutes par 30 grammes
- Stérilisation et filtration : 30 minutes au total par préparation magistrale (taux fixe)

Methadose^{MC} n'est pas considéré comme étant une préparation magistrale et ne doit pas être présenté avec un code de préparation magistrale non inscrite et un temps de préparation.

Directives provinciales sur les honoraires pour préparation de préparations magistrales

Province	Honoraires
Colombie-Britannique	Facturation d'honoraires préétablis par minute pour la préparation d'une préparation magistrale, auxquels s'ajoutent les honoraires réguliers.
Alberta	La durée de préparation du magistral est un taux forfaitaire de 1,5 fois les honoraires habituels inscrits dans le champ des frais de préparation de préparation magistrale. Aucun honoraire habituel ne peut être facturé. Le champ des honoraires est laissé vide.
Saskatchewan	Facturation d'honoraires préétablis par minute pour la préparation d'une préparation magistrale, auxquels s'ajoutent les honoraires réguliers.
Manitoba	Facturation d'honoraires préétablis par minute pour la préparation d'une préparation magistrale, auxquels s'ajoutent les honoraires réguliers.
Ontario	Facturation d'honoraires préétablis par minute pour la préparation d'une préparation magistrale, auxquels s'ajoutent les honoraires réguliers.
Québec	Facturation d'honoraires pour la préparation d'une préparation magistrale selon les honoraires habituellement exigés.
Nouveau-Brunswick	Les honoraires facturés pour la préparation d'une préparation magistrale correspondent à un montant fixe établi en multipliant par 1,5 les honoraires réguliers. Ce montant doit être indiqué dans le champ réservé aux honoraires pour la préparation d'une préparation magistrale. Aucuns honoraires réguliers ne peuvent être facturés. Le champ correspondant doit demeurer vide.
Nouvelle-Écosse	Les honoraires facturés pour la préparation d'une préparation magistrale correspondent à un montant fixe établi en multipliant par 1,5 les honoraires réguliers. Ce montant doit être indiqué dans le champ réservé aux honoraires pour la préparation d'une préparation magistrale. Aucuns honoraires réguliers ne peuvent être facturés. Le champ correspondant doit demeurer vide.
Terre-Neuve-et-Labrador	Les honoraires facturés pour la préparation d'une préparation magistrale correspondent à un montant fixe établi en multipliant par 1,5 les honoraires réguliers. Ce montant doit être indiqué dans le champ réservé aux honoraires pour la préparation d'une préparation magistrale. Aucuns honoraires réguliers ne peuvent être facturés. Le champ correspondant doit demeurer vide.
Île-du-Prince-Édouard	Les honoraires facturés pour la préparation d'une préparation magistrale correspondent à un montant fixe établi en multipliant par 1,5 les honoraires réguliers. Ce montant doit être indiqué dans le champ réservé aux honoraires pour la préparation d'un médicament composé. Aucuns honoraires réguliers ne peuvent être facturés. Le champ correspondant doit demeurer vide.
Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut	Les honoraires facturés pour la préparation d'une préparation magistrale correspondent à un montant fixe établi en multipliant par 1,5 les honoraires réguliers. Ce montant doit être indiqué dans le champ réservé aux honoraires pour la préparation d'une préparation magistrale. Aucuns honoraires réguliers ne peuvent être facturés. Le champ correspondant doit demeurer vide.

* Toutes les directives peuvent être modifiées selon un certain nombre de facteurs, y compris les pratiques habituelles adoptées dans différentes provinces.

Remarques :

1. Les pharmaciens des provinces de l'Atlantique ne sont pas autorisés à facturer des honoraires réguliers en sus des honoraires pour une préparation magistrale.
2. Dans le cas de la coordination provinciale des avantages en Ontario, TELUS Santé respecte les honoraires admissibles établis en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario.

Si vous avez des questions sur la façon de soumettre une demande de règlement relative à une préparation magistrale, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. Les agents ne peuvent confirmer d'information sur les prix. Pour toute vérification relative à une préparation magistrale pour le compte d'un adhérent au régime, vous devrez fournir les renseignements suivants :

- nom de l'adhérent au régime
- renseignements inscrits sur la carte de médicaments de l'adhérent au régime
- date de naissance de l'adhérent au régime
- DIN ou pseudo-DIN de la préparation magistrale

Veuillez noter que toutes les demandes de règlement relatives à une préparation magistrale peuvent faire l'objet d'une vérification par le service responsable des audits de TELUS Santé. Les montants figurant sur toutes les demandes jugées inadmissibles ou pour lesquelles les honoraires de préparation de préparations magistrales (temps ou honoraires par minute) sont supérieurs à une PRATIQUE EN PHARMACIE ACCEPTABLE seront rajustés ou réclamés à la pharmacie.

Directives de soumission et d'admissibilité pour les glucomètres

Demande de règlement pour les glucomètres

Les entreprises suivantes remboursent les glucomètres par l'entremise de TELUS Santé :

- Abbott
- Auto Control Medical (ACM)
- Ascensia
- LifeScan
- Roche

Veuillez consulter les détails ci-dessous pour connaître la façon de soumettre les demandes de règlement des glucomètres par l'entremise de TELUS.

Veuillez noter que le montant total du remboursement doit être indiqué dans le champ « Drug Cost » (coût du médicament). Aucuns frais d'exécution d'ordonnance ne doivent être soumis.

Abbott	
Société : 80 Groupe : 330000 no de série/certificat no d'émission : 01 Le no de série se trouve sur le glucomètre ou sur la boîte du glucomètre. Utiliser les 8 derniers chiffres sans tirets ni espaces.	
Description	PDIN
Freestyle Lite	990970
Freestyle Freedom Lite	990971
Precision Xtra	990972
Freestyle Precision Neo	990974
Freestyle Insulinx	990975

ACM	
Société : 80 Groupe : 440000 no de série/certificat no d'émission : 01 Le no de série se trouve sur le glucomètre ou sur la boîte du glucomètre. Utiliser les 7 derniers chiffres sans tirets ni espaces.	
Description	PDIN
GE 200	56560001
Bionime GM100	56560002

Ascensia	
Société : 80 Groupe : 500000 no de série/certificat no d'émission : 01 Le no de série se trouve sur la carte de garantie et exclut les tirets et les espaces.	
Description	PDIN
Contour Next	55555550
Breeze2	55555552
Contour Next EZ	55555554
Contour Next USB	55555558
Contour Next One	55555559

LifeScan

Société : 80 | Groupe : 600000 | no de série/certificat | no d'émission : 01
Le no de série se trouve à l'arrière du glucomètre ou sur le côté de la boîte du glucomètre.

Description	PDIN
One Touch Verio System Kit	00990930 or 00990962 (ON)
One Touch Ultra Mini	990941
One Touch Ultra 2	990942
One Touch Ultra Smart	990943
One Touch Verio IQ	990944
Système One Touch Verio Flex	11669907
One Touch Verio Reflect	991037

Roche

Société : 80 | Groupe : 710000 | no de série/certificat | no d'émission : 01
Le no de série se trouve à l'arrière du glucomètre.

Description	PDIN
Accu-Chek Compact Plus	66661001
Accu-Chek Aviva	66661002
Accu-Chek Aviva Nano	66661003
Accu-Chek Mobile	66661004
Accu-Chek Connect	9991040
Accu-Chek Guide Set	9991041

Messages de rejet/retour courants

Lors de la soumission de demande de règlement de glucomètre, il est possible que vous receviez un message de rejet/retour. Les messages les plus courants sont décrits ci-dessous, ainsi que la façon d'y remédier. Si le problème persiste, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies de TELUS Santé : 1-800-668-1608.

Erreur de numéro d'émission

- Confirmer les numéros de série des glucomètres
- Ajouter le numéro d'émission 01 à la fin du numéro de série et soumettre celui-ci en tant que numéro de certificat

ID du détenteur invalide

- Ce message de rejet signifie qu'il y a un problème avec le numéro d'identification soumis
- Vérifier si tous les renseignements sont soumis correctement (numéro d'identification de la société, du groupe, numéro de série/certificat, numéro d'émission)

Annulation du groupe

- Ce glucomètre ne se fait plus et n'est plus admissible au remboursement par l'entremise de TELUS Santé

DIN non couvert / DIN/pseudo-DIN invalide

- Le DIN/pseudo-DIN soumis ne correspond pas au numéro de série soumis
- Resoumettre le DIN/pseudo-DIN approprié pour le glucomètre

Maximum dépassé

- Vérifier le prix admissible du glucomètre
- Il se peut que le coût demandé dépasse le montant admissible ou que le numéro de série ait déjà été facturé

Montant de l'ordonnance ajusté

- Le coût correspondant à ce DIN a été ajusté par rapport au montant admissible

Ajustement du montant des frais d'exécution d'ordonnance pour le régime du demandeur

- Le montant des frais d'exécution d'ordonnance a été ajusté
- Aucuns frais d'exécution d'ordonnance ne doivent être soumis
- Le montant total admissible doit être inscrit sous coût du DIN



Section 5

Revue de l'utilisation
des médicaments

Section 5

Revue de l'utilisation des médicaments

Aperçu

Les professionnels de la santé et les fabricants de médicaments s'entendent sur l'importance d'informer les clients et de les sensibiliser aux questions de santé. De nombreux adhérents au régime souhaitent en apprendre davantage de la part de leurs professionnels de la santé sur les médicaments qu'ils prennent. Cependant, certains adhérents au régime risquent de ne pas se souvenir exactement ou entièrement de leurs régimes posologiques, ce qui fait que les conseils donnés sont fondés sur de l'information limitée. De plus, bien que de nombreux adhérents au régime ne renouvellent leurs ordonnances qu'à une seule pharmacie, un nombre croissant d'adhérents au régime fréquentent plusieurs pharmacies pour des raisons pratiques. Un nombre élevé d'utilisateurs chroniques de médicaments se classe probablement dans cette catégorie. Il se peut que ces adhérents au régime consultent plusieurs professionnels de la santé pour divers problèmes et que ces professionnels autorisés à prescrire ne soient pas toujours au courant de tous les médicaments qu'ils prennent. Le service de revue de l'utilisation des médicaments de TELUS Santé offre une solution à ce problème.

Fonctionnement

Lorsqu'un pharmacien transmet une demande de règlement, le système d'adjudication accède à la base de données centralisée afin de repérer les problèmes potentiels relatifs aux médicaments. Le moteur consulte l'historique de réclamation de chaque adhérent au régime particulier et compare le médicament faisant l'objet de la présente demande de règlement à tous les médicaments préparés pour ce patient à l'aide de notre système dans les 100 derniers jours à partir de toutes les pharmacies du Canada. Toute demande de règlement traitée à l'extérieur du réseau de TELUS Santé ne sera pas vérifiée par le service de revue de l'utilisation des médicaments. La revue de l'utilisation des médicaments est effectuée au point de service et le résultat est obtenu instantanément. Les critères de ces vérifications proviennent de First DataBank, un organisme international qui fournit des renseignements sur les médicaments aux gouvernements, aux assureurs, aux hôpitaux ainsi qu'aux autres gestionnaires de régimes d'assurance médicaments. First DataBank, une division de The Hearst Corporation, est le premier fournisseur mondial de renseignements en matière de santé. First DataBank emploie un grand nombre d'experts cliniques, notamment des pharmaciens cliniciens, des médecins et un groupe indépendant mondialement reconnu d'experts cliniques en matière de médicaments.

La base de données de TELUS Santé sur l'interaction de médicaments est mise à jour toutes les deux semaines par First DataBank. Lorsque de nouveaux renseignements scientifiques sur l'interaction de médicaments sont disponibles, les résultats de notre revue de l'utilisation des médicaments en tiennent compte.

Interactions de médicaments

Les assureurs ont la possibilité de choisir la réponse (rejet de la demande de règlement ou message d'avertissement seulement) requise pour chaque type de vérifications. En règle générale, lorsque la revue de l'utilisation des médicaments détecte une interaction de médicaments de niveau 1, la demande de règlement est rejetée.

Vérifications de la revue de l'utilisation des médicaments

Âge	Indique si le produit peut être dangereux si le détenteur de carte est un enfant ou une personne âgée.
Sexe	Alerte le pharmacien si ce médicament doit être utilisé par une personne du sexe opposé seulement.
Interaction de médicaments	Cherche d'autres ingrédients actifs pouvant interagir seul avec les ingrédients du médicament en question.
Dosage minimum ou maximum	Détermine si les directives prescrites (en fonction de la quantité et des jours d'approvisionnement soumis) correspondent au dosage établi par le fabricant du médicament.
Renouvellement trop tôt / trop tard	Indique si l'ordonnance d'un médicament de maintien est renouvelée trop tôt ou trop tard, fournissant une indication claire de non-observance ou de risque d'accumulation de stock.
Dédoublement thérapeutique	Vérifie si le médicament préparé est semblable aux autres inscrits dans l'historique de médication du détenteur de carte. La catégorie de médicament permet de repérer les dédoublements thérapeutiques.

First DataBank repère les interactions de médicaments rapportées dans la documentation scientifique et les classe par niveau d'importance potentielle.

Niveau 1	Possibilité d'interaction importante bien documentée dans les études cliniques et les rapports de cas réels.
Niveau 2	Interaction d'importance modérée.
Niveau 3	Contre-indication décrite uniquement dans les renseignements d'ordonnance du fabricant, sans rapports ni publications de la part de la communauté scientifique.

Important : Nous demandons à toutes les pharmacies d'inscrire le nombre de jours d'approvisionnement approprié lorsqu'elles soumettent une demande de règlement. Dans le cas des ordonnances ayant comme directives « à prendre au besoin » et « à prendre selon les directives », veuillez effectuer une estimation raisonnable du nombre de jours d'approvisionnement.

Lorsque le nombre de jours d'approvisionnement indiqué est erroné, les choses suivantes peuvent se produire :

- message d'erreur, renouvellement hâtif
- message d'erreur, dosage trop élevé ou trop bas
- message d'erreur, vérification du dosage minimum ou maximum

Le fait d'inscrire le nombre de jours d'approvisionnement approprié réduit considérablement le nombre de messages d'erreur.

Marche à suivre lorsque la revue de l'utilisation des médicaments rejette une prescription

Pour la majorité des polices de TELUS Santé, les pharmacies recevront un message d'avertissement sur les dédoublements thérapeutiques potentiels. Par exemple, cela peut se produire si un détenteur de carte a besoin de plusieurs dosages de lévothyroxine ou de warfarine. Veuillez noter que certaines polices peuvent avoir choisi de rejeter les demandes de règlement concernant des dédoublements thérapeutiques potentiels. Si la thérapie est appropriée, vous pouvez biffer le code de rejet et inscrire le bon code d'intervention, parmi la liste suivante :

Code	Description
UA	A consulté la personne autorisée à faire l'ordonnance et préparé l'ordonnance selon les directives écrites
UB	A consulté la personne autorisée à faire l'ordonnance et modifié le dosage
UC	A consulté la personne autorisée à faire l'ordonnance et modifié les directives d'utilisation
UD	A consulté la personne autorisée à faire l'ordonnance et modifié le médicament
UE	A consulté la personne autorisée à faire l'ordonnance et modifié la quantité
UF	A reçu des explications adéquates du détenteur de carte et préparé l'ordonnance selon les directives écrites
UG	A mis en garde le détenteur de carte et préparé l'ordonnance selon les directives écrites
UI	A consulté une autre source et préparé l'ordonnance selon les directives écrites
UJ	A consulté d'autres sources, modifié et préparé l'ordonnance
UN	A évalué le patient et la thérapie est appropriée

Bien que les programmes informatiques puissent faciliter le filtrage, le pharmacien reconnaît que les messages de revue de l'utilisation des médicaments ne remplaceront JAMAIS les connaissances et la responsabilité du pharmacien en matière de gestion des problèmes relatifs à la pharmacothérapie des détenteurs de carte. Si vous avez des questions sur les messages d'interaction de médicaments, vous pouvez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé.



Section 6

Audits et services d'audit

Section 6

Audits et services d'audit

Le mandat de TELUS Santé consiste à gérer les fonds de l'assureur de façon intègre et à confirmer que les pharmacies sont payées en fonction des régimes des assureurs et des politiques connexes. L'exactitude et la validité de chaque demande de règlement sont essentielles, exigeant ainsi une approche globale quant à l'audit des demandes de règlement.

Toutes les demandes de règlement soumises par l'entremise de TELUS Santé font l'objet d'un audit par nos services d'audit. Si la vérification d'une demande de règlement est nécessaire, nous communiquons avec les pharmacies. L'adjudication favorable d'une demande de règlement n'empêche pas l'audit futur de cette même demande. Si, au cours d'un audit, il est prouvé qu'une adjudication favorable découle de renseignements ou de processus inappropriés, TELUS Santé se réserve alors le droit de récupérer les paiements ayant été effectués auparavant. Si une pharmacie soumet de la documentation manuscrite relativement à un mélange (page 27), TELUS Santé se réserve le droit de recouvrer la totalité du montant de la demande de règlement. Si votre pharmacie reçoit un avis de rajustement de TELUS Santé, veuillez ne pas annuler les demandes de règlement visées par cet avis. L'annulation de ces demandes entraînerait en effet plusieurs prélèvements de fonds dans le compte de fournisseur. Si vous avez des questions au sujet de l'avis de rajustement, veuillez communiquer avec le vérificateur responsable de l'audit pendant la période d'arbitrage acceptable et AVANT la date de prélèvement indiquée dans l'avis de rajustement. TELUS Santé ne sera pas tenue de rembourser les fournisseurs pour les demandes de règlement qui ont été annulées de cette façon.

Afin d'assurer la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels, il est interdit aux pharmacies de partager ou de transférer l'avis de rajustement ou des renseignements sur les demandes de règlement visées par l'audit à des tiers, en vertu de l'entente de fournisseurs qu'elles ont conclue avec TELUS Santé.

Un « audit » représente un suivi du processus électronique d'adjudication. Les audits sont effectués pour quatre raisons principales :

- s'assurer que les pharmaciens soumettent des demandes de règlement cohérentes et exactes;
- veiller à l'intégrité du système;
- détecter et signaler les probabilités de fraude, ainsi que la mauvaise utilisation ou l'abus de médicaments par les détenteurs de carte;
- indiquer aux pharmaciens les moyens appropriés de soumettre des demandes de règlement en ligne (pratiques de facturation), conformément aux politiques, au manuel des procédures et tous renseignements publiés dans Info-Pharmacie de TELUS Santé.

TELUS Santé effectue divers types d'audit. Par exemple, les audits sur place sont fondés sur une enquête approfondie des pratiques de soumission de demandes de règlement d'une seule pharmacie. Des audits sur place, par téléphone, par sondage ou autres, ainsi que des vérifications de magistrales sont types d'audits ainsi que des vérifications de préparations magistrales sont également effectués de façon systématique pour surveiller les activités liées aux demandes de règlement à l'échelle nationale. Au moyen d'une entente contractuelle avec TELUS Santé, les pharmacies devront respecter les politiques et procédures comme décrites dans le présent manuel et tout Info-Pharmacie publié par TELUS Santé. En retour, les assureurs obligent contractuellement TELUS Santé à prendre les mesures appropriées si une pharmacie ne se conforme pas aux politiques et procédures mentionnées aux présentes. Toute demande portant sur TELUS Santé peut être traitée en communiquant avec les services d'audit en composant le numéro inscrit sur la demande/réponse des services d'audit (par l'intermédiaire du Centre de soutien aux pharmacies de TELUS Santé, au numéro 1-800-668-1608).

Aperçu : audits VDRJS (vérification des demandes de règlement le jour suivant)

Les audits VDRJS de TELUS Santé consistent en un examen des demandes de règlement transmises par les pharmacies les jours précédents. Tous les jours, les demandes de règlement transmises en ligne sont saisies dans la base de données du système d'adjudication de TELUS Santé, lorsque ces demandes de règlement sont déterminées à partir de certains critères. Les audits VDRJS ont pour objet de surveiller les pratiques de soumission de demandes de règlement des fournisseurs. Si les demandes de règlement nécessitent des vérifications plus poussées, TELUS Santé peut demander des documents, y compris, mais sans s'y limiter, des copies d'ordonnances autorisées et des copies papier signées, produites par ordinateur. Le fournisseur doit télécopier ces documents dans un délai d'un jour ouvrable suivant la demande.

Le défaut de se conformer à une demande de documents peut entraîner le renversement ou le rajustement de la demande de règlement en question.

Aperçu : audits en pharmacie

Les audits en pharmacie sont effectués de façon automatique par TELUS Santé et font partie de son entente contractuelle avec les assureurs. Ce type d'audit est fondé sur une enquête approfondie des pratiques de soumission de demandes de règlement d'une seule pharmacie en lien avec le système Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour les frais de médicaments.

À titre de courtoisie, le vérificateur peut communiquer à l'avance avec la pharmacie pour lui fournir la date et l'heure de l'audit. Il peut arriver qu'il ne soit pas possible d'avertir une pharmacie de la tenue d'un audit, et le vérificateur de se présenter à votre pharmacie le jour de l'audit. Le vérificateur doit être autorisé à entrer dans votre pharmacie pour mener un audit. **Refuser l'entrée au vérificateur de TELUS Santé est considéré comme une violation de votre entente avec TELUS Santé.**

La durée d'un audit en pharmacie peut varier selon le nombre de demandes de règlement sélectionné pour vérification et l'accès à la documentation de soutien connexe (ordonnances, copies papier informatisées, achats de stocks, etc.). La disponibilité du personnel de la pharmacie permettra de repérer la documentation exigée et aidera à accélérer la partie sur place de l'audit. Si le personnel a la permission de retirer les documents de soutien exigés, notre personnel d'audit s'assurera d'examiner seulement les demandes de règlement de TELUS Santé. Les services d'audit de TELUS Santé conservent le droit d'être présents pendant l'analyse des demandes de règlement sélectionnées. Le responsable de l'audit pourrait demander d'observer l'officine au cours du processus de validation afin de comprendre la méthode de travail du pharmacien. Les vérificateurs de TELUS Santé ont la responsabilité de respecter la confidentialité des renseignements recueillis et sont tenus responsables s'ils ne respectent pas cette norme de conduite. Afin de minimiser les interruptions des activités courantes de la pharmacie, il est préférable de fournir un espace de travail approprié au vérificateur. La portion d'audit en pharmacie est nécessaire pour recueillir des renseignements à examiner une fois de retour aux bureaux de TELUS Santé. En général, les renseignements ne sont pas examinés à la pharmacie.

Lors d'un audit en pharmacie, s'il n'est pas possible que la pharmacie fournisse les documents de soutien (ordonnances, copies informatisées imprimées, etc.) demandés par le vérificateur, les demandes de règlement seront facturées à la pharmacie en raison d'un défaut de produire les documents requis et ne seront PAS acceptées pour soumission future. Veuillez noter que le vérificateur n'a pas l'obligation d'accepter de la documentation additionnelle, qui n'était pas initialement disponible sur demande. Veuillez aussi noter que les copies « réimprimées » et générées au moment de la vérification ou les autorisations d'ordonnance reçues après la soumission des demandes de règlement, ne seront pas acceptées à titre de documentation de soutien originale.

TELUS Santé peut effectuer l'audit de demandes de règlement à tout moment à partir de la conclusion d'une entente de fournisseur avec TELUS Santé.

Une fois la portion de vérification de l'audit en pharmacie terminée, le vérificateur enverra une lettre à la pharmacie décrivant tout problème découvert lors de l'audit. La lettre peut aussi comprendre une liste de transactions pour lesquelles le paiement est remboursé en tout ou en partie en raison de la non-conformité aux politiques et procédures de TELUS Santé.

Nos vérificateurs sont des experts de l'industrie possédant une vaste expérience dans le domaine pharmaceutique et celui de l'adjudication tierce des demandes de règlement. Comme TELUS Santé vérifie des demandes de règlement de pharmacies partout au Canada, nos vérificateurs connaissent très bien la législation provinciale connexe ainsi que la législation fédérale.

Vérifications auprès de médecins

Au cours de l'audit, TELUS Santé peut communiquer avec un médecin relativement à des ordonnances précises portant son nom en tant que prescripteur, pour confirmer si les ordonnances ont été autorisées par ce médecin.

Période d'arbitrage

La période d'arbitrage pour les pharmacies recevant un avis de rajustement au compte a été changée depuis le 1^{er} août 2015. Ce changement permet de s'assurer que les résultats de l'audit vous sont fournis en temps opportun. Les pharmacies disposeront d'une période d'arbitrage de 10 jours pour les processus d'audit des virements le jour suivant et pour les préparations magistrales et de 14 jours pour les processus d'audit de fournisseurs.

Lors d'un audit de fournisseur, TELUS Santé n'acceptera pas de documentation additionnelle relativement à des demandes de règlement qui ont été facturées à la pharmacie en raison d'un défaut de produire les documents requis, d'une absence de preuve d'autorisation par le médecin, d'une substitution non autorisée par un médecin, d'une surfacturation et d'une absence de preuve de stocks au cours de la période d'arbitrage.

Confirmation de la cueillette

Au cours d'un audit, les dossiers du point de vente peuvent être demandés afin de confirmer si un adhérent au régime a reçu le médicament ayant fait l'objet d'une demande de règlement électronique. Les dossiers du point de vente ne seront recherchés que là où la technologie existe, car TELUS Santé reconnaît que toutes les pharmacies n'auront pas de logiciel de point de vente. Les services d'audit de TELUS Santé traiteront ces demandes. À défaut de se conformer à cette exigence, ces demandes seront facturées à la pharmacie.

Registres de livraison

Pour tous les médicaments ayant été livrés à un professionnel de la santé, à un patient ou à une autre pharmacie, TELUS Santé exigera une preuve de reçus de livraison.

Avis de fermeture ou de changement de propriété

Si votre pharmacie prévoit mettre fin à ses activités, elle est tenue d'aviser TELUS Santé 30 jours avant la date de fermeture, conformément aux dispositions de l'entente avec la pharmacie. De plus, TELUS ne traitera pas de fermeture ou de changement de propriété d'une pharmacie ayant reçu une demande d'audit ou de documentation tant que l'audit ne sera pas conclu et que les encours de fonds n'auront pas été réglés.

Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie à la suite d'un audit

Si un fournisseur de services de pharmacie (et le personnel connexe) ont été désactivés à la suite d'un audit par TELUS Santé, TELUS Santé ne fournira aucun numéro de fournisseur subséquent pour l'emplacement de la pharmacie ou pour le personnel connexe pendant une période minimale de 2 ans suivant la désactivation (ci-après « la période d'attente »).

Après la période d'attente, les fournisseurs de services de pharmacie peuvent présenter une nouvelle demande auprès de TELUS Santé, en suivant un processus de demande distinct appelé processus d'accréditation avancé (*Advanced Accreditation Process*) (AAP). Veuillez consulter l'Annexe 2 pour plus de détails sur ce processus.

Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie — statut réglementaire

Si TELUS Santé constate que des réserves ont été formulées quant à votre pharmacie, à son propriétaire ou aux pharmaciens qui y travaillent par un organisme de réglementation provincial, un tiers public ou privé ou par un collège des pharmaciens provincial, TELUS Santé peut désactiver votre numéro d'identification du fournisseur et votre pharmacie sera assujettie à la période d'«attente».

Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie — propriété conjointe

Si TELUS Santé désactive une pharmacie à la suite de l'échec à un audit, ou si la pharmacie a un mauvais statut réglementaire auprès de son organisme d'attribution des permis ou de son organisme provincial, TELUS Santé se réserve le droit d'effectuer immédiatement un audit de toute pharmacie associée, par voie de propriété ou de gestion, au fournisseur. TELUS Santé se réserve également le droit de désactiver ces pharmacies. Les pharmacies désactivées seront alors assujetties à la période d'«attente».

Période d'attente

Lorsque l'emplacement d'une pharmacie est désactivé par TELUS Santé pour les raisons énoncées ci-dessus (à la suite d'un audit, de questions de statut réglementaire ou de propriété conjointe), cet emplacement et tout le personnel connexe sont assujettis à une période d'attente minimale de 2 ans. Après cette période d'attente, l'emplacement de la pharmacie ou le personnel connexe peuvent demander un numéro de fournisseur TELUS Santé qui pourra, après examen et à son entière discrétion, accorder ou refuser un numéro de fournisseur TELUS Santé à cet emplacement ou au personnel connexe.

Cote d'audit de TELUS Santé

Lorsqu'un fournisseur de services de pharmacie fait l'objet d'un audit par TELUS Santé, une cote d'audit est attribuée à la pharmacie une fois l'audit vérifié et classé. Dans certains cas, TELUS Santé peut désactiver un fournisseur de services de pharmacie si la note d'audit indique un échec. La note d'audit est une valeur numérique qui indique le résultat de l'audit et tient compte d'un large éventail de facteurs.

Voici quelques exemples de ces facteurs :

- Nombre relatif de demandes de règlement erronées
- Composition et modèle des erreurs
- Type d'erreurs
- Rendement pendant l'audit
- Valeur monétaire relative des erreurs

Le nombre de demandes de règlement erronées et la valeur monétaire des erreurs sont des principaux constituants de la note d'audit. La note d'audit permettra de déterminer si une action subséquente est nécessaire et peut changer à la discrétion de TELUS Santé. Une pharmacie risque de perdre ses privilèges de facturation en ligne si sa note monte à 500 ou plus.

NOTE FINALE OBTENUE

Réussite 0 à 219	Réussite conditionnelle A 220 à 259	Réussite conditionnelle B 260 à 299	Réussite conditionnelle C 300 à 349	Échec 350 à 499	Échec 500 à 799	Échec 800 et plus
Aucune action subséquente requis	Examen de l'audit avec la pharmacie Audit de suivi			Examen de l'audit avec la pharmacie Audit de suivi dans les 12 mois	Examen de l'audit avec la pharmacie Audit de suivi dans les 12 mois Possibilité de notification à l'organisme de réglementation provincial Risque de perte des privilèges de facturation en ligne	Examen de l'audit avec la pharmacie Audit de suivi dans les 12 mois Notification à l'organisme de réglementation provincial Risque de perte des privilèges de facturation en ligne

* Malgré ce qui précède, si TELUS Santé ou l'un de ses payeurs décèle des activités frauduleuses réelles ou soupçonnées, TELUS Santé se réserve le droit de désactiver immédiatement un fournisseur de services de pharmacie membre de son réseau.

Conseils au sujet de la fraude

L'équipe d'audit de TELUS Santé collabore étroitement avec plusieurs groupes, notamment les ordres professionnels de pharmaciens pour combattre la fraude. Si vous prenez connaissance de tout problème qui contrevient aux politiques de TELUS Santé ou de situations potentielles de fraude, veuillez communiquer avec nous au 1-800-668-1680 ou par courriel audit.inquiry@telus.com. Toute information reçue sera traitée avec le plus haut niveau de confidentialité et peut être envoyée de façon entièrement anonyme.



Section 7

Coordination des prestations

Section 7

Coordination des prestations

Le coût total pouvant être payé par TELUS Santé à titre de payeur secondaire ne doit en aucun cas excéder le coût d'acquisition actuel (CAA), plus la majoration provinciale appropriée permise par TELUS Santé selon sa liste de prix, ce qui inclus le montant déjà payé par le payeur principal.

Coordination des prestations avec les régimes provinciaux

TELUS Santé coordonne le paiement des demandes de règlement avec la plupart des régimes provinciaux à moins que le gouvernement provincial ne soit un payeur de dernier recours. Toutes les demandes de règlement appropriées doivent d'abord être soumises au gouvernement provincial pour paiement s'il y a lieu. Veuillez utiliser le code d'intervention DA.

Il s'agit de la règle de base de soumission d'une demande pour la coordination des prestations avec un régime provincial. Cependant, veuillez noter que certains assureurs décideront qu'ils ne souhaitent pas encourir de franchises provinciales. Ces régimes peuvent conserver les anciennes règles au sujet de la responsabilité provinciale. Par exemple, un groupe en Ontario peut vouloir continuer de ne payer aucune portion d'une demande de règlement pour le médicament d'une personne âgée couverte par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Ce groupe aurait à ignorer le « montant payé précédemment » et ne paierait aucune portion du médicament. Quel que soit le manque à gagner, il devra être perçu par l'adhérent au régime. Il est important que vous soyez attentif au montant payé sur la transaction que vous recevez de TELUS Santé : il s'agit du montant couvert par le régime privé.

Coordination des prestations entre régimes privés

Les pharmacies peuvent soumettre des demandes de règlement résiduelles aux régimes privés secondaires. Veuillez utiliser le code d'intervention DB.

Si un groupe ne participe pas à ce programme, la demande de règlement en coordination des prestations sera rejetée avec le message « Not Eligible for COB » (non admissible à la coordination des prestations) et le code KK de la norme APhC3. L'adhérent au régime peut encore avoir la possibilité de soumettre la balance en format papier.

Médicaments à usage limité pour personnes âgées en Ontario et personnes inscrites au RAMO+ avec un régime privé d'assurance médicaments

Comme pour les prestations courantes versées dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), les demandes de règlement admissibles pour les médicaments à usage limité doivent d'abord être soumises au régime public et ensuite aux régimes privés. Veuillez vous assurer que les personnes âgées ou les personnes inscrites au RAMO+ couvertes par le PMO répondant aux critères d'usage limité soumettent leurs demandes de règlement au régime public avant la coordination avec le régime privé du détenteur de carte. Dans les cas où le détenteur ne répond pas aux critères précis du PMO pour la couverture de médicaments à usage limité, la demande de règlement peut être soumise au régime privé pour qu'il soit le premier payeur. Si une prescription faisant l'objet d'un audit porte un code UL (usage limité) et n'a pas été soumise au régime public en premier, la demande peut être facturée à la pharmacie.

Conjoints : 65 ans ou plus (Alberta)

En Alberta, il existe diverses règles pour les détenteurs de carte de 65 ans ou plus, et leurs personnes à charge. Si le détenteur et son(sa) conjoint(e) ont plus de 65 ans, les personnes à charge sont habituellement couvertes par le régime provincial. Dans ce cas, cela signifie que TELUS Santé est le second payeur. Si vous recevez un message indiquant « DIN Covered by other » (DIN couvert par un autre régime), cela signifie que nous sommes le second payeur. Veuillez annuler la demande de règlement et l'envoyer en premier au bon régime d'assurance médicaments provincial.

Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan : programme de gestion des inscriptions provinciales

Le programme de gestion des inscriptions provinciales de TELUS Santé permet la coordination des demandes de règlement avec les programmes d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba. Ces programmes veillent à ce que les assureurs ne paient pas pour les demandes de règlement devant être couvertes par le régime provincial.

Les assureurs ont déjà averti les détenteurs de carte de s'inscrire au régime provincial. Les détenteurs qui sont déjà inscrits aux régimes d'assurance médicaments doivent avertir leur assureur de cet état de fait. Chaque assureur déterminera les seuils de valeur monétaire qu'il utilisera pour les détenteurs qui sont des personnes âgées et des personnes autres que des personnes âgées inscrites au régime provincial. Seulement les détenteurs de carte admissibles aux régimes d'assurance médicaments seront repérés par rapport aux seuils.

Lorsqu'une demande de règlement est soumise pour les détenteurs de ces régimes qui ne sont pas inscrits, le message suivant est envoyé : REGISTER WITH PROVINCIAL PLAN (inscription au régime provincial). Veuillez noter que le seuil n'est pas établi en fonction du temps, mais de la valeur financière. Par conséquent, après la réception de ce message, il n'y a pas d'échéance dont il faut tenir compte.

Cependant, si le détenteur de carte approche du seuil monétaire, le message suivant apparaîtra : FAILURE TO ENROL MAY SUSPEND PAYMENT (s'il n'y a aucune inscription, le paiement sera suspendu). Une fois que le détenteur de carte a atteint le seuil, les demandes de règlement sont rejetées et le message suivant apparaîtra : INSURER REQUIRES PROV PLAN ENROLMENT (l'assureur exige l'inscription au régime provincial).

Pour veiller à ce que le paiement approprié soit effectué, il est important que les messages ci-dessus soient transmis aux détenteurs de carte afin qu'ils soient conscients de la nécessité de s'inscrire auprès des régimes d'assurance médicaments provinciaux.

Les renseignements pour l'inscription auprès des régimes d'assurance médicaments provinciaux se trouvent sur les sites web de ces gouvernements :

- **Colombie-Britannique** – <https://my.gov.bc.ca/fpcare/registration/requirements>
- **Saskatchewan** – http://www.health.gov.sk.ca/ps_drug_plan_special.html
- **Manitoba** – <http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html>

Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé.

Programme de médicaments de spécialité (PMS)

Dans le cadre du Programme de médicaments de spécialité (PMS) de TELUS Santé, les assureurs peuvent coordonner les prestations avec des régimes d'assurance médicaments provinciaux autres que le programme Senior's PharmaCare.

Lorsqu'une demande de règlement est soumise à TELUS Santé relativement à un médicament du Programme de médicaments de spécialité, et que l'assureur a choisi de participer à ce programme, la demande sera rejetée et portera la mention code 2060 : Autorisation de médicament de spécialité requise. Les preneurs de régimes peuvent choisir d'offrir une « amnistie de premier recours » dans le cadre de leur Programme de médicaments de spécialité. Cette option permet le règlement de la demande pendant que l'adhérent au régime entame le processus de demande d'adhésion au régime provincial. Dans un tel cas, lorsque la demande de règlement est soumise à des fins d'adjudication par TELUS Santé, la demande sera retournée et portera la mention code 6024 : Appliquer au régime provincial ou le paiement peut être suspendu. Veuillez communiquer cette information aux adhérents au régime afin d'éviter toute interruption de la couverture.

Si un adhérent au régime n'adhère pas à un régime provincial, ou si le preneur de régimes n'offre pas l'amnistie de premier recours, toutes les demandes de règlement subséquentes seront rejetées. REMARQUE : il n'existe aucun code d'intervention pouvant être soumis par la pharmacie pour contourner le Programme de médicaments de spécialité.

Les pharmacies devraient aviser les adhérents au régime de communiquer avec l'administrateur de leur régime pour obtenir plus de détails.

Ordre de traitement – Programmes parrainés par les fabricants

Si un patient demande un médicament de marque plutôt que la solution de rechange au plus bas coût (c.-à-d. le générique) et présente une carte de paiement direct, il est impératif de suivre le bon ordre de traitement. L'ordre de traitement précis figure habituellement sur la carte. Si ces détails n'y figurent pas, il est recommandé d'appeler le centre de soutien à la clientèle du programme de carte pour confirmer l'ordre de traitement recommandé.

Ces demandes de règlement sont sujettes à audit et seront facturées à la pharmacie si le bon ordre de traitement n'est pas suivi.



Section 8

Types de régimes
d'assurance médicaments

Section 8

Types de régimes d'assurance médicaments

Couverture

TELUS Santé administre de nombreux types de régimes d'assurance médicaments. Ces derniers varient du régime complet, avec couverture de nombreux médicaments sur ordonnance légale et de produits en vente libre, aux régimes de soins gérés et plus restreints qui peuvent être basés sur une liste gelée de médicaments admissibles à compter d'une date précise ou un formulaire provincial. TELUS Santé administre également des régimes au nom de WorkSafeBC (WSBC) en Colombie-Britannique et de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) en Ontario.

Habituellement, nos régimes complets permettent ce qui suit :

- médicaments d'ordonnance avec un numéro d'identification du médicament (DIN) valide, classés comme ordonnance dans les tableaux des médicaments du gouvernement fédéral ou de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP);
- certains médicaments injectables, vitamines injectables, insuline et extraits pour tests d'allergie dotés d'un DIN valide;
- préparations ou préparations magistrales extemporanées dans lesquels un ingrédient est un médicament admissible, ne contenant aucun ingrédient jugé inadmissible (voir préparations magistrales non admissibles, page 28) et aucun composant n'est de nature cosmétique;
- aiguilles et seringues jetables pour l'administration d'insuline (incluant les aiguilles jetables seulement, pour les appareils d'injection d'insuline non jetables), lancettes et matériel d'essai de réactifs utilisés pour surveiller le diabète;
- certains produits en vente libre, portant un DIN approuvé par Santé Canada, seront considérés comme couverts si l'adjudication des demandes de règlement est réussie (c.-à-d. non rejetée).

Régimes génériques

Si un régime est doté d'un avenant pour médicaments génériques, le coût d'un ingrédient déterminé sera établi en fonction du produit de substitution équivalent moins coûteux, plus les honoraires professionnels.

Les ordonnances spécifiées avec la mention « aucune substitution » par la personne autorisée à prescrire sont admissibles au paiement au-delà du coût du produit équivalent le moins cher, lorsque la demande de règlement est accompagnée de la mention « N » pour « No Substitution » (aucune substitution) ou le code de produit « 1 » (choix de la personne autorisée à prescrire) pour les demandes de règlement EDI de la norme APhC3. Veuillez noter que certains groupes peuvent avoir un régime de substitution générique obligatoire dans lequel le produit de substitution équivalent moins coûteux sera payé même si la mention « aucune substitution » n'est indiquée par la personne autorisée à faire l'ordonnance. Pour en savoir plus sur la mention « aucune substitution », consulter la Section 4 : Politiques et procédures générales.

Exclusions

La plupart des régimes de TELUS Santé excluent les classes suivantes de produits :

- atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures pour colostomie, trousse ou équipement de premiers soins, équipement électronique de test ou de surveillance de diagnostic (comme le « Glucometer^{MD} »), appareils d'injection d'insuline non jetables (comme « Novolin Pen^{MD} »), dispositifs d'administration, de traction ou Spacer (chambre d'espacement) pour les médicaments inhalés (comme « Diskhaler^{MD} » et « Aerochamber^{MD} »), dispositifs à ressorts utilisés pour tenir des lancettes, de l'alcool, des tampons d'alcool, des désinfectants, du coton, des bandages ou des fournitures et accessoires pour les éléments susmentionnés;
- vitamines à prendre par voie orale, minéraux, compléments alimentaires, préparations pour nourrissons ou solutions de nutrition parentérale totale (NPT) injectables, que cette ordonnance soit émise ou non pour une raison médicale, sauf si la loi fédérale ou provinciale exige une ordonnance pour leur vente;
- diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges ou suppositoires contraceptifs, dispositifs intra-utérins (DIU), contraceptifs à action retard ou dispositifs normalement utilisés pour la contraception, que cette ordonnance soit émise ou non pour une raison médicale;
- préparations homéopathiques et à base de plantes;
- ordonnances préparées par un médecin, un dentiste ou dans une clinique ou dans toute pharmacie d'hôpital non accréditée ou pour le traitement d'un malade hospitalisé ou d'un patient externe d'un hôpital, y compris les médicaments liés aux états d'urgence et de recherche, à moins d'approbation contraire de la part de l'assureur;
- vaccins et toxoïdes d'immunisation préventive;
- extraits pour les tests d'allergie, préparations magistrales en laboratoire et ne portant aucun DIN unique;
- produits portant un numéro de produit naturel (NPN) émis par Santé Canada;
- articles présumés cosmétiques (même si une ordonnance est exigée sur le plan légal ou émise pour une raison médicale), comme le minoxidil topique, les préparations topiques considérées comme cosmétiques en soi (produits Neostrata, agents de dépigmentation) ou les écrans solaires;
- tout médicament que la personne a le droit de recevoir en vertu des régimes provinciaux d'assurance médicaments.

Restrictions d'ordonnance

La majorité des régimes se limitent à un approvisionnement de 34 jours pour les médicaments à action immédiate, et de 100 jours pour les médicaments de maintien selon l'ordonnance de la personne autorisée à la préparer.

Pour toute demande pour une quantité supérieure à un approvisionnement de 100 jours, le détenteur doit communiquer avec son Service des avantages sociaux. Autrement, le détenteur devra payer de sa poche pour l'approvisionnement, et soumettre par la suite le reçu manuellement pour remboursement.

La classification des médicaments de maintien se fait par TELUS Santé à l'aide du DIN et comprend la plupart des médicaments dans les catégories suivantes :

- antiasthmatiques
- antiparkinsoniens
- agents antihypoglycémiques
- antibiotiques contre l'acné
- antidépresseurs
- contraceptifs transdermiques ou oraux
- anticoagulants
- agents cardiaques
- remplacements de potassium
- anticonvulsifs
- hormonothérapie substitutive
- agents thyroïdiens

S'il y a lieu, veuillez accorder un approvisionnement de 100 jours de ces médicaments, avec un seul coût d'exécution d'ordonnance pour trois mois. Il s'agit d'un excellent exemple de la collaboration entre les pharmacies et TELUS Santé pour fournir des soins pharmaceutiques économiques et de qualité.

Remarque : En C.-B., WSBC suit les directives du régime provincial d'assurance médicaments pour le nombre de jours d'approvisionnement.

Prix de base de référence (PBR)

Un certain nombre de preneurs de régime offre des régimes de soins gérés qui précisent le montant maximal remboursé d'une demande de règlement. Il s'agit du prix de base de référence (**PBR**). Cela signifie que le prix du médicament dans le cadre du régime est basé sur le prix d'un produit différent, au sein de la même classe thérapeutique. Le médicament de référence peut être choisi de diverses manières, mais en dernier lieu, la décision revient à l'assureur ou au preneur du régime. Le médicament de référence ne correspond pas toujours au générique ou au médicament le moins cher. Selon la classe de médicaments, quelques médicaments peuvent être accessibles à un prix inférieur au prix de base de référence et n'ont pas à faire l'objet d'une diminution de coûts. Souvent, il s'agit des médicaments utilisés le plus fréquemment dans la province ou le groupe concerné. Les assureurs peuvent utiliser ce programme dans une ou plusieurs classes de DIN. Le médicament de référence se trouve toujours dans la même classe que le médicament faisant l'objet d'une adjudication.

Le code de retour 6012 « cross select pricing » (choix de prix croisé) (code DK de la norme APhC3) signifie que le médicament faisant l'objet d'une adjudication est inclus dans ce type de régime. Le pharmacien n'a pas à consulter le médecin afin de changer le médicament pour un autre moins cher. Le détenteur de carte et le médecin ont la liberté de choisir tout médicament dans la classe thérapeutique. Toutefois, il ne sera remboursé qu'au prix de base de référence. La valeur renvoyée après le traitement de la demande indiquera le montant à collecter auprès de l'adhérent et dépendra de la différence de prix entre le DIN choisi et le médicament de référence.

Les adhérents qui optent pour des médicaments plus onéreux devront payer la différence entre le médicament délivré et le montant du remboursement.

Classes de médicaments et médicaments visés par le programme de PBR* (en date de janvier 2020)

Classe de médicaments	Médicaments (y compris les génériques) dont le prix est supérieur au PBR	Médicaments dont le prix n'est pas supérieur au PBR
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	Mavik (trandolapril) Accupril (quinapril) Coversyl (perindopril) Monopril (fosinopril) Vasotec (énalapril) Inhibace (cilazapril) Lotensin (bénazépril) Zestril, Prinivil (lisinopril)	Altace (ramipril)
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	Cozaar (losartan) Olmetec (olmésartan) Teveten (éprosartan) Edarbi (azilsartan)	Diovan (valsartan) Atacand (candésartan) Micardis (telmisartan) Avapro (irbésartan)
Bloqueurs des canaux calciques de la famille des dihydropyridines	Plendil, Renedil (félodipine) Adalat XL (nifédipine)	Norvasc (amlodipine)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase	Lipitor (atorvastatine) Zocor (simvastatine) Mevacor (lovastatine) Pravachol (pravastatine) Lescol (fluvastatine)	Crestor (rosuvastatine)
Inhibiteurs de la pompe à protons	Pantoloc (pantoprazole sodique) Nexium (esomeprazole) Dexilant (dexlansoprazole) Prevacid (lansoprazole) Losec (oméprazole)	Pariet (rabéprazole) Tecta (pantoprazole magnésien)

* Veuillez noter que les médicaments de référence et les prix pourraient être modifiés.

Lorsque vous soumettez une demande de règlement d'un médicament visé par le programme de PBR, vous pouvez recevoir l'un des codes de retour suivants, ou les deux, ainsi que le message correspondant (traduction), selon le logiciel que vous utilisez :

Codes de retour du programme de PBR

	Message 1	Message 2
Code de la norme APhC3	QR : Prix coûtant maximal (PCM) remboursé	E9 : Réduction du prix de base de référence
Code TELUS	6028 : Prix coûtant maximal remboursé	6029 : Réduction au prix du DIN 12345678*

* De nombreux médicaments génériques de divers fabricants peuvent être admissibles au même prix de référence. En raison des limites liées aux messages, le DIN fourni ne constitue qu'un exemple des multiples produits admissibles.

Couverture d'assurance médicaments selon le prix des médicaments

TELUS Santé offre différentes options de couverture pouvant être intégrées aux modalités et aux remboursements des régimes. En plus des régimes standards qui offrent une couverture selon des pourcentages précis ou des montants fixes en franchise, certains régimes comprendront une option de remboursement de certains DIN à un prix particulier.

Contrairement à une réduction habituelle des prix, qui se fonde sur la liste de prix standard de TELUS Santé et ne peut être transférée aux adhérents au régime où TELUS est le payeur principal, le prix particulier correspond au montant remboursé conformément au régime. Comme dans le cas d'un régime offrant une couverture au taux de 80 % et selon lequel l'adhérent au régime paie la part de 20 % restante, le prix particulier du DIN est considéré comme étant le montant couvert, et le patient doit payer la différence de prix. Les codes de retour suivants sont associés aux demandes de règlement visées.

	Message
Code de la norme APhC3	FG : Coût du médicament remboursé selon l'entente avec le fournisseur
Code TELUS	6030 : Coût du médicament remboursé selon l'entente avec le fournisseur

Le prix particulier peut être fixé selon le prix d'un médicament générique ou les modalités d'un programme de prix coûtant maximal ou encore correspondre simplement à un pourcentage établi du prix d'un médicament donné.

Exemple :

Un régime qui prévoyait auparavant une couverture de 90 % peut aussi couvrir certains médicaments à hauteur du prix particulier de seulement 70 % (déterminé par le preneur du régime) :

Demande de règlement des frais d'exécution d'ordonnance = 8 \$ et du prix du DIN = 100 \$ (alors le prix total à la pharmacie est de 108 \$).

Le coût du DIN admissible sera réduit à 70 \$ (choisi par le preneur du régime – prix particulier – couverture à 70 %).

La demande de règlement sera payée à 90 %, mais sujette à un plafond de 70 \$ sur le prix du DIN – ce qui signifie 90 % de 70 \$.

Le montant du remboursement comprend les frais d'exécution d'ordonnance = 7,20 \$ (90 % de 8 \$) et le coût du DIN = 63 \$ (90 % de 70 \$).

L'adhérent au régime doit payer 37,80 \$.



Section 9

Programmes de pharmacothérapie
initiale, de pharmacothérapie
de maintien, de pharmacothérapie
par étapes et d'autorisation préalable

Section 9

Programmes de pharmacothérapie initiale, de pharmacothérapie de maintien, de pharmacothérapie par étapes et d'autorisation préalable

Les programmes de pharmacothérapie initiale, de pharmacothérapie de maintien, de pharmacothérapie par étapes et d'autorisation préalable de TELUS Santé sont des options offertes aux employeurs/preneurs de régime pour le choix de leur régime d'assurance médicaments. En conséquence, seulement certains détenteurs de carte seront assujettis à ces programmes. Ces derniers peuvent être utilisés de façon indépendante ou combinée avec d'autres programmes.

Programme de pharmacothérapie initiale

Le programme de pharmacothérapie initiale est un programme facultatif conçu pour promouvoir la délivrance de petites quantités de médicaments d'ordonnance qui ont des probabilités d'effets secondaires élevées et représentent un nouveau traitement pour le détenteur de carte. Le gaspillage est ainsi évité si la personne ne tolère pas bien le médicament.

Procédure pour le programme de pharmacothérapie initiale

1. Pour les médicaments admissibles dans le cadre du programme de pharmacothérapie initiale, vous recevrez le message « PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE ».
2. Demandez au détenteur de carte s'il souhaite participer au programme de pharmacothérapie initiale. S'il refuse, utilisez le code d'annulation UG. S'il accepte, vous pouvez soumettre de nouveau un approvisionnement de sept jours pour le médicament.
3. Communiquez avec le détenteur de carte après cinq ou six jours pour vérifier si le médicament fait effet et est toléré.
4. Si le médicament est toléré, le reste de l'ordonnance peut être préparé, et la pharmacie est admissible à recevoir des frais d'exécution d'ordonnance une deuxième fois.
5. Si le médicament n'est pas toléré, vous pouvez décider de communiquer avec le médecin prescripteur pour demander une thérapie alternative.
6. Vous pouvez soumettre une demande de règlement pour la thérapie alternative qui peut aussi faire l'objet du programme de pharmacothérapie initiale.
7. Si aucune thérapie alternative n'est prescrite après consultation avec le médecin prescripteur, vous pouvez être admissible à recevoir des honoraires cognitifs de 8,00 \$. Ceux-ci peuvent être facturés à TELUS Santé à l'aide du pseudo-DIN 19000001.

Exemples de classes de médicaments incluses dans le programme de pharmacothérapie initiale de TELUS Santé :

- Inhibiteurs calciques
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
- Bêtabloquants
- Hypolipidémiants
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)

Programme de pharmacothérapie de maintien

Le programme de pharmacothérapie de maintien est un programme facultatif conçu pour encourager la délivrance d'un plus grand nombre de jours d'approvisionnement aux détenteurs de carte qui prennent des médicaments de façon continue.

Procédure pour le programme de pharmacothérapie de maintien (pour les médicaments considérés comme médicaments de maintien par TELUS Santé)

Pour les détenteurs de carte participant à ce programme, les demandes de règlement pour les médicaments considérés comme des médicaments de maintien par TELUS Santé obtiendront le message « PRODUIT MAINTIEN: DURÉE PERMISE 100 JRS ». Il s'agit d'encourager les détenteurs de carte à se procurer une plus grande quantité de médicaments prévus pour le traitement d'un état chronique. Vous devrez peut-être communiquer avec le médecin pour obtenir l'autorisation de fournir un approvisionnement de 100 jours du médicament en question.

Procédure pour le programme de pharmacothérapie de maintien (pour les médicaments considérés comme médicaments à action immédiate par TELUS Santé)

1. Pour les médicaments admissibles dans le cadre du programme de pharmacothérapie de maintien, vous recevrez le message « RESOUMETTRE APPROV. POUR UN MOIS » (soumettre de nouveau l'approvisionnement d'un mois).
2. Demandez au détenteur de carte s'il souhaite participer au programme de pharmacothérapie de maintien. S'il refuse, utilisez le code d'annulation UG pour le retirer du programme. Le traitement de la demande de règlement pourra ainsi avoir lieu. Toutefois, étant donné que le détenteur de carte ne participe pas au programme, la demande de règlement est encore assujettie aux restrictions de nombre de jours d'approvisionnement (p. ex., 34 jours) établies par l'assureur.
3. Si le détenteur de carte accepte, vous devez rajuster la quantité de médicaments et le nombre de jours d'approvisionnement, puis soumettre de nouveau la demande de règlement avec un approvisionnement de 30 jours.
4. Après trois ordonnances consécutives d'un mois, le détenteur de carte sera admissible à recevoir un approvisionnement de trois mois. Lorsque vous préparerez le troisième approvisionnement d'un mois, vous obtiendrez le message « RESOUMETTRE APPROV. POUR TROIS MOIS ».
5. Le message de rejet « RESOUMETTRE APPROV. POUR TROIS MOIS » apparaîtra lorsque vous préparerez la quatrième ordonnance pour un approvisionnement de 30 jours.
6. Il est possible que vous deviez communiquer avec le médecin pour augmenter le nombre de jours d'approvisionnement. Lorsque vous recevrez l'approbation du médecin, rajustez la quantité de médicaments et le nombre de jours d'approvisionnement, puis soumettez de nouveau la demande de règlement pour trois mois. La pharmacie peut être admissible à recevoir des honoraires cognitifs de 8,00 \$. Ceux-ci peuvent être facturés à TELUS Santé à l'aide du pseudo-DIN 00999072.

Programmes de pharmacothérapie initiale et de pharmacothérapie de maintien combinés

Procédure pour les programmes de pharmacothérapie initiale et de pharmacothérapie de maintien combinés

1. Le programme de pharmacothérapie initiale a préséance sur le programme de pharmacothérapie de maintien.
2. Suivez les étapes décrites dans le cadre du programme de pharmacothérapie initiale.
3. Lorsque vous soumettez le reste de l'ordonnance, le nombre de jours d'approvisionnement ne peut dépasser 34 jours. Attention : si vous soumettez une demande de règlement avec un approvisionnement de plus de 34 jours, le coût du médicament sera réduit au coût de l'approvisionnement de 34 jours, et le système indiquera un message vous avisant du rajustement.
4. Le reste de l'ordonnance originale sera inclus aux étapes du programme de pharmacothérapie de maintien.
5. Suivez les étapes du programme de pharmacothérapie de maintien.

TELUS Santé peut ajouter ou retirer des médicaments du programme ou modifier les protocoles cliniques, si cela est jugé nécessaire.

Si, pour une raison quelconque, le détenteur de carte choisit de ne pas participer à ces programmes facultatifs, ou si vous estimez approprié de les annuler, les codes suivants doivent être utilisés :

- UG patient consulté, exempté tel qu'écrit
- MG annulation, diverses raisons

Aux fins d'audit, TELUS Santé exige que la pharmacie documente tous les détails pertinents sur l'ordonnance pour appuyer le choix d'annulation et la soumission de demandes de règlement pour des honoraires cognitifs.

Programme d'autorisation préalable

Le programme d'autorisation préalable vise les médicaments délivrés en grandes quantités ou dont le prix d'achat est élevé, et qui ne constituent pas nécessairement des traitements de premier recours ou peuvent être utilisés pour des indications non approuvées. Dans le cadre de ce programme, le coût d'achat des médicaments est remboursé au détenteur de carte à condition que le produit respecte les critères médicaux définis par les lignes directrices cliniques. Celles-ci sont semblables à celles établies par les formulaires provinciaux et sont conformes à l'information approuvée par Santé Canada contenue dans la monographie des médicaments. Le détenteur de carte peut aussi régler lui-même le coût des ordonnances afin d'éviter de retarder le début d'un traitement. Il importe de noter que si le preneur de régime s'inscrit au programme d'autorisation préalable, le pharmacien ne peut outrepasser le rejet à l'aide d'un code d'intervention entré à la pharmacie.

Pour consulter la liste des médicaments ciblés par le programme d'autorisation préalable de TELUS Santé, veuillez cliquer sur le lien suivant : <https://www.telussante.co/formulaires-dautorisation-prealable/>.

Veuillez noter que certains assureurs utilisent leur propre liste d'autorisation personnalisée et peuvent ou non inclure les mêmes médicaments que le programme d'autorisation préalable de TELUS Santé. Dans ces cas, l'adhérent au régime doit être orienté vers son administrateur/assureur pour obtenir de plus amples renseignements. TELUS Santé ou l'assureur peuvent ajouter ou retirer des médicaments de leur programme d'autorisation préalable respectif et/ou de leurs critères cliniques, au besoin.

Procédure pour le programme d'autorisation préalable

1. Pour les adhérents au régime de carte participant à ce programme, la demande de règlement pour un médicament ciblé est refusée avec le message « AUTORISATION REQUISE ». Veuillez noter que si la demande de règlement est rejetée avec les messages « DIN NON COUVERT » ou « MÉDICAMENT NON ADMISSIBLE », « AUTORISATION DE L'ASSUREUR REQUISE » ou « TIT. CARTE DEMANDE FORM. AUT. À ASS. », l'adhérent au régime n'est pas admissible au programme d'autorisation préalable et la procédure doit être abandonnée.
2. L'adhérent au régime doit obtenir le formulaire de demande approprié du programme d'autorisation préalable sur le site web de l'employeur ou de l'assureur.
3. L'adhérent au régime et son prescripteur doivent remplir le formulaire et le télécopier aux Services de pharmacie de TELUS Santé au 1-866-840-1509. Une demande dûment remplie doit contenir la signature de l'adhérent au régime (ou du parent ou tuteur légal) et du médecin avant de pouvoir être traitée.
4. À la réception du formulaire contenant tous les renseignements demandés, la demande sera évaluée dans un délai de deux à cinq jours ouvrables. Les Services de pharmacie communiqueront ensuite avec le détenteur de carte ou la pharmacie selon les indications dans le formulaire, pour fournir les résultats.
5. Une fois la demande approuvée, il est rarement nécessaire de remplir une autre demande d'autorisation préalable, à moins que cela soit exigé par le régime d'assurance médicaments du détenteur de carte. Dans certains cas, les paiements sont assujettis aux restrictions annuelles ou aux montants maximums totaux.

Remarque : Le détenteur de carte peut indiquer de façon facultative le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie sur le formulaire de demande de remboursement du programme d'autorisation préalable qu'il nous envoie. Ces renseignements permettent à TELUS Santé de communiquer avec la pharmacie de l'adhérent au régime pour lui fournir le résultat de la demande. La pharmacie peut choisir de discuter de thérapies alternatives avec le détenteur de carte si la demande est refusée ou de communiquer avec le détenteur pour recueillir l'ordonnance approuvée.

Programme de pharmacothérapie par étapes

Le programme de pharmacothérapie par étapes de TELUS Santé est conçu pour promouvoir l'utilisation de traitements de première intention moins coûteux avant d'octroyer la couverture de traitement de seconde intention plus coûteux ou d'autres solutions ultérieures. Si un médicament répond aux critères de pharmacothérapie par étapes, les adhérents au régime sont admissibles à la couverture seulement après avoir essayé un autre traitement de première intention, pour lequel les données cliniques ont amené la preuve de sa sécurité et de sa rentabilité. Les assureurs peuvent créer leurs programmes personnalisés de pharmacothérapie par étapes ou choisir de mettre en œuvre des programmes de pharmacothérapie par étapes de TELUS Santé.

Procédure pour la pharmacothérapie par étapes :

1. Pour les médicaments admissibles à la pharmacothérapie par étapes, vous recevrez le message « PRÉFÉRENCE OU MÉDICAMENT D'ÉTAPE DISPONIBLE » si les exigences relatives à une étape préalable n'ont pas été satisfaites.
2. Veuillez consulter le guide de référence de la pharmacothérapie par étapes de TELUS ou pour en savoir plus sur chaque programme de pharmacothérapie par étapes de TELUS Santé.

Exemples de programmes de pharmacothérapie par étapes de TELUS Santé :

- Diabète : pour les antidiabétiques oraux et les antidiabétiques injectables autres que l'insuline (p. ex., metformine, glyburide, empagliflozine, liraglutide, sitagliptine).
- Capteurs de glucose : pour s'assurer que le patient est insulino-dépendant avant d'approuver des demandes pour certains capteurs de glucose.



Section 10

Régime de soins de santé
de la fonction publique

Section 10

Régime de soins de santé de la fonction publique

TELUS Santé est le gestionnaire du régime d'assurance médicaments pour le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP). Le RSSFP offre un programme de paiement direct des médicaments pour tous les membres du RSSFP et leurs personnes à charge admissibles. Les pharmaciens peuvent soumettre électroniquement des demandes de règlement des frais de médicaments et des frais de certains équipements médicaux au nom des membres du RSSFP.

Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies :

Tél. : 1-800-668-1608

Télééc. : 1-866-840-1466

Du lundi au dimanche : de 5 h 30 à 2 h, HNE

Lorsque vous communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies, veuillez avoir en main votre numéro spécial de fournisseur de 10 chiffres du RSSFP. Ces lignes téléphoniques sont à la disposition des pharmacies seulement. NE divulguez PAS le numéro de téléphone du Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé aux détenteurs de carte. Si ceux-ci ont des questions ou des préoccupations, ils doivent communiquer avec le service des avantages sociaux ou l'administrateur du régime de leur employeur.

De plus amples renseignements se trouvent sur notre site web à :

<https://www.telussante.co/solutions-en-sante/gestion-des-demandes-de-reglement-en-sante/reenseignements-sur-le-fournisseur-du-rssfp/aperçu/>

Le code de fournisseur 12 sera indiqué sur les cartes de paiement direct des médicaments des participants au RSSFP. Vous pouvez voir des exemples de cartes sur le site Web de TELUS Santé, sous « Renseignements sur le RSSFP ».

Des références utiles sur les fournitures médicales se trouvent aussi sur le site Web de TELUS Santé. Liste de pseudo-DIN du RSSFP concernant les fournitures médicales :

<https://www.telussante.co/solutions-en-sante/gestion-des-demandes-de-reglement-en-sante/reenseignements-sur-le-fournisseur-du-rssfp/liste-de-pseudo-din-pour-fournitures-medicales/>

Liste de pseudo-DIN du RSSFP concernant les fournitures pour diabétiques :

http://page.telushealth.com/rs/655-URY-133/images/supportdoc_diabetic-pseudo-din-list-fr.pdf

Annexe 1

Demande d'ouverture de compte

Les pharmacies qui assurent la préparation réglementée de prescriptions (y compris, sans s'y limiter, pour des pharmacies satellites ou éloignées) cherchant à se connecter au réseau de services et de systèmes de TELUS Santé doivent faire une demande de profil de fournisseur.

Au moment de demander un profil de fournisseur auprès d'assureurs clients de TELUS Santé et du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le gestionnaire désigné de la pharmacie ou les propriétaires doivent remplir toutes les pages du formulaire de demande d'ouverture de compte et l'envoyer aux Services aux fournisseurs. TELUS Santé se réserve le droit de vérifier l'information soumise par le gestionnaire désigné de la pharmacie ou son propriétaire, et ce, à tout moment. TELUS Santé se réserve le droit d'accepter ou de refuser une demande d'ouverture de compte.

Si vous achetez une pharmacie, veuillez effectuer un processus de diligence raisonnable approfondi afin de vous assurer que cette pharmacie soit en règle auprès de TELUS Santé et puisse soumettre des demandes de règlement sur le réseau dédié aux pharmacies. Portez une attention particulière au libellé du contrat et prévoyez des dispositions de protection de l'acheteur.

Exigences relatives à la demande

Veuillez suivre soigneusement les instructions sur le formulaire de demande d'ouverture de compte. Le manquement à fournir les documents exigés entraînera le refus de la demande.

Preuve d'accréditation par l'organisme provincial de réglementation de la pharmacie (partie C)

Veuillez fournir le numéro de permis ou d'accréditation de votre établissement. TELUS Santé effectuera un processus de diligence raisonnable auprès de l'organisme provincial d'attribution des permis concerné.

Chèque annulé avec en-tête ou lettre de banque (partie F)

Veuillez joindre un chèque annulé avec en-tête à votre demande d'ouverture de compte. Si le chèque ne comporte pas un en-tête indiquant l'appellation légale et/ou la dénomination commerciale de votre entreprise, veuillez fournir une lettre de votre banque vous identifiant à titre de titulaire du compte indiquant le numéro de compte et signée par un dirigeant de la banque.

Statuts constitutifs (partie H)

Vous devez joindre une preuve de la documentation originale des statuts constitutifs de votre pharmacie à votre demande d'ouverture de compte. Vous pouvez obtenir cette documentation auprès du registraire provincial ou fédéral. Veuillez vous assurer de joindre la version originale la plus récente des statuts constitutifs de votre pharmacie.

Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement (partie K)

Veuillez joindre à la demande d'ouverture de compte une copie d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement (les pièces d'identité acceptables sont les suivantes : permis de conduire délivré par la province, carte d'identité avec photo délivrée par la province ou passeport canadien) pour votre gérant de pharmacie autorisé, chaque propriétaire ou investisseur mentionné, le témoin signataire et le signataire autorisé facultatif. Si l'un des associés mentionnés ci-dessus ne détient pas les pièces d'identité mentionnées, une facture de services publics affichant l'adresse personnelle de l'associé, accompagnée d'une copie de la pièce d'identité sans photo de cette personne, sera acceptée.

Demande de modification du profil de pharmacien

Lorsqu'une pharmacie effectue un changement dans n'importe quelle catégorie énumérée ci-dessous, le gestionnaire autorisé de la pharmacie doit en informer TELUS Santé afin que le profil du pharmacien puisse être mis à jour. Veuillez suivre les directives sur la façon d'avertir TELUS Santé. Dans certains cas définis ci-dessous dans la section « Types de modification concernant la pharmacie », votre pharmacie et le personnel connexe devront fournir à TELUS Santé une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement avec le formulaire de demande de modification concernant la pharmacie. Cette directive est mentionnée dans le formulaire de demande de changement.

Types de modification concernant la pharmacie

- Changement dans les coordonnées de la pharmacie, comme l'adresse, les numéros de téléphone et de télécopieur ou l'adresse de courriel (voir Directive A)
- Changement des honoraires (voir Directive A)
- Changement des options de paiement (voir Directive A)
- Changement des renseignements bancaires (voir Directive A)
- Changement du gestionnaire autorisé de la pharmacie (voir Directive A)
- Changement de la dénomination sociale (voir Directive B)
- Changement de propriétaire (voir Directive B)

Vous pouvez désormais remplir un seul formulaire de demande de modification pour aviser TELUS Santé. Cela peut être fait pour tous les changements, sauf ceux de la dénomination sociale ou du propriétaire.

Directive A : Veuillez remplir le formulaire Demande de modification du profil de pharmacien inclus dans cette Annexe et l'envoyer aux Services aux fournisseurs. Le formulaire est également accessible en ligne à http://page.telushealth.com/rs/655-URY-133/images/supportdoc_pharmacy-provider-change-fr.pdf. Vous pouvez également téléphoner au Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé au 1-800-668-1608 pour demander l'envoi d'un formulaire par télécopieur.

Directive B : Pour le changement de dénomination sociale ou de propriétaire (ce qui comprend, sans toutefois s'y limiter, un achat d'actif ou d'actions), veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour demander une nouvelle entente de fournisseur de pharmacie. TELUS Santé émettra un nouveau numéro de fournisseur dès réception de la nouvelle entente signée.

Pourquoi est-il important d'informer TELUS Santé de tout changement?

Votre numéro de fournisseur est directement lié à votre profil de pharmacien. Afin de vous assurer d'être bien payé et en fonction des directives de paiement que vous nous avez transmises, vous devez fournir à TELUS Santé les renseignements les plus actuels. Un changement dans n'importe laquelle des catégories ci-dessus peut avoir une incidence pour vous sur le plan financier.

Si la modification du profil du pharmacien concerne les renseignements bancaires, veuillez vérifier si les paiements appropriés sont bien passés dans votre nouveau compte le jour après l'entrée en vigueur du changement lié à votre compte ou à votre prochaine période de règlement, en fonction de l'option de paiement que vous avez sélectionnée. Pour toute erreur, veuillez communiquer immédiatement avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé, car vous êtes responsable de l'information fournie à TELUS Santé.

PARTIE G – Banque (Vous DEVEZ JOINDRE un spécimen de chèque ou une lettre de banque officielle signée par un dirigeant de la banque)

Nom de la banque	Numéro de banque	
Numéro de compte	Numéro de transit	Date d'entrée en vigueur

PARTIE H – Signataires additionnels autorisés

Les signataires autorisés ont la possibilité de demander, à partir de ce formulaire, des modifications à toutes les informations relatives à la pharmacie. Tous les signataires autorisés sont chargés de veiller à ce que les renseignements fournis à TELUS Santé soient justes et précis.

Nom	Titre
Signature	Date d'entrée en vigueur

PARTIE I – Fermeture

Raison de fermeture	Date d'entrée en vigueur
---------------------	--------------------------

PARTIE J – Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement

Dans le cas d'un changement de gérant de pharmacie autorisé ou de l'ajout d'un signataire autorisé, vous devez fournir une copie de l'une des pièces d'identité avec photo délivrées par le gouvernement indiquées ci-dessous pour la personne faisant l'objet de la demande.

- Permis de conduire provincial
- Carte d'identité provinciale avec photo
- Passeport canadien

Veillez lire ce qui suit avant de signer : Je reconnais que toute transaction envoyée par la pharmacie, paiement reçu ou non de TELUS Santé, authentifie la délivrance des médicaments inscrits sur l'ordonnance à un patient, tel que le prouve l'ordonnance enregistrée et conservée dans les dossiers et que je confirme la vérification visuelle de la carte Assure^{MC} du patient. J'autorise TELUS Santé à mener toute enquête auprès de mon ordre professionnel provincial relativement à mon statut professionnel. J'informerai TELUS Santé de tout changement de gérance, de raison sociale ou de propriétaire. Tout manquement à la politique du groupe TELUS Santé peut entraîner la perte de mon numéro de fournisseur.

Signature du gérant de pharmacie autorisé

Nom	Numéro de licence	<input type="checkbox"/> Cochez si vous êtes un nouveau gestionnaire
Signature	Date	

Pour toute assistance, veuillez composer le 1-800-668-1608.

Annexe 2

Processus d'accréditation avancé

Le PAA est un processus de demande approfondi comportant un certain nombre d'éléments, dont la demande d'ouverture de compte standard. Si votre pharmacie, ou vous même, présentez une nouvelle demande à TELUS Santé après la période d'attente, vous devez suivre le processus d'accréditation avancé (PAA) qui sert à valider l'application d'une pharmacie. Le PAA peut aussi être demandé à la discrétion de TELUS afin de compléter une demande.

TELUS Santé se réserve le droit de vérifier à tout moment l'information soumise par le gestionnaire désigné ou le propriétaire de la pharmacie dans le cadre du PAA. TELUS Santé se réserve également le droit d'accepter ou de refuser toute demande d'ouverture de compte en fonction des résultats du processus d'accréditation avancé.

Éléments du processus d'accréditation avancé

1. Demande d'ouverture de compte standard de TELUS Santé
2. Addenda à la demande d'ouverture de compte de TELUS Santé — **le processus d'accréditation avancé :**
 - a. Vérification des antécédents et entrevue en personne
 - b. Audit de suivi sur place
 - c. Frais administratifs
 - d. Dépôt

Demande d'ouverture de compte standard

Les pharmacies doivent remplir la demande d'ouverture de compte standard. Le défaut de fournir à TELUS Santé un formulaire dûment rempli peut retarder le traitement de la demande ou entraîner le refus de la demande.

Addenda à la demande d'ouverture de compte de TELUS Santé : processus d'accréditation avancé

Élément 1 : vérification des antécédents et entrevue en personne

TELUS Santé exige une vérification des antécédents des personnes indiquées ci-après. TELUS Santé s'est associé à Sterling BackCheck pour mener ces vérifications sur les principales parties prenantes de votre pharmacie. Les personnes qui devront se soumettre à une vérification des antécédents ainsi qu'aux différents éléments de la vérification des antécédents sont les suivantes :

- Propriétaire(s)
 - Vérification policière approfondie
 - Enquête de crédit
 - Vérification des titres de compétence (le cas échéant)
 - Recherche de sanctions disciplinaires (le cas échéant)
- Gestionnaire(s)
 - Vérification policière approfondie
 - Enquête de crédit
 - Vérification des titres de compétence
 - Recherche de sanctions disciplinaires
- Pharmaciens membres du personnel
 - Vérification des titres de compétence
 - Recherche de sanctions disciplinaires

Sterling transmettra les résultats de la vérification des antécédents à TELUS Santé. Selon les résultats de la vérification des antécédents, TELUS Santé se réserve le droit de réaliser une entrevue de suivi en personne avec les personnes mentionnées ci-dessus. Cette entrevue, d'une durée d'au moins 30 minutes, sera menée par le gestionnaire des audits de TELUS Santé, à son bureau situé au 25, rue York, à Toronto. Les questions d'entrevue visent à obtenir des précisions sur les résultats de la vérification des antécédents auprès des candidats.

Élément 2 : audit de suivi sur place

Si votre pharmacie se soumet avec succès au PAA et que TELUS Santé lui accorde un numéro d'identification du fournisseur, TELUS Santé se réserve le droit d'effectuer un audit de suivi sur place à tout moment au moins trois mois après l'émission d'un numéro d'identification du fournisseur à l'intention de votre pharmacie.

Si TELUS Santé découvre que votre pharmacie manque à l'une ou l'autre de ses obligations aux termes de l'entente de fournisseur, y compris celle de suivre le Guide du pharmacien, TELUS Santé peut résilier l'entente de fournisseur ou désactiver l'utilisation des services par votre pharmacie aux termes de l'entente de fournisseur.

Élément 3 : frais administratifs

Des frais administratifs sont associés au processus d'accréditation avancé. Ces frais doivent avoir été acquittés en totalité à TELUS Santé avant que TELUS Santé ne commence l'évaluation de votre demande. Les frais administratifs couvrent le traitement de la demande ainsi que les vérifications des antécédents des personnes mentionnées sous Élément 1 (vérification des antécédents et entrevue en personne).

Le barème des frais variera en fonction du nombre de membres du personnel faisant l'objet d'une vérification des antécédents.

Les frais s'élèvent à **2500,00 \$** pour le traitement de la demande et couvrent la vérification des antécédents d'un maximum de quatre personnes.

Des frais additionnels de **200,00 \$** sont exigés pour chaque personne supplémentaire soumise à une vérification des antécédents.

Après avoir reçu l'addenda à votre demande d'ouverture de compte, TELUS Santé en confirmera la réception et vous informera des frais administratifs exigés. Les frais devront être acquittés en totalité auprès de TELUS Santé. Après avoir confirmé la réception de vos frais, TELUS Santé commencera l'évaluation de votre demande.

Élément 4 : dépôt

Si votre pharmacie obtient une approbation à l'issue du PAA, TELUS Santé vous accordera un numéro d'identification du fournisseur. TELUS Santé exige le versement d'un dépôt avant d'activer votre numéro d'identification du fournisseur et de permettre à votre pharmacie de commencer à soumettre des demandes de règlement. TELUS Santé conservera ce dépôt pendant toute la durée de votre entente de fournisseur.

Si votre pharmacie résilie l'entente de fournisseur conclue avec TELUS Santé moyennant un préavis de 30 jours, qu'elle est en règle auprès de TELUS Santé et n'a pas de solde à payer, le dépôt lui sera remis en totalité.

Si TELUS Santé désactive votre pharmacie aux termes de l'entente de fournisseur, et que celle-ci a un solde à payer à TELUS Santé, ce solde sera déduit du dépôt et conservé par TELUS Santé; la différence sera remise à votre pharmacie.

Si TELUS Santé désactive votre pharmacie et que celle-ci a un solde à payer supérieur au montant du dépôt, TELUS Santé conservera l'intégralité du dépôt.

La valeur du dépôt est propre à l'emplacement de votre pharmacie, et elle est déterminée en fonction de l'historique de la relation entre votre pharmacie et TELUS Santé.

1. Si l'emplacement de votre pharmacie présente une nouvelle demande à TELUS Santé après une désactivation, et que le propriétaire n'a pas changé depuis le moment de la désactivation, la structure du dépôt sera la suivante :
 - a. **50 000,00 \$ ou 5 fois la valeur de votre erreur d'audit précédente**, selon le montant le plus élevé;
 - b. en outre, si votre pharmacie a un solde à payer à TELUS Santé au moment de la désactivation, ce montant devra être payé en totalité à TELUS Santé en plus du montant du dépôt établi conformément aux conditions précitées.
2. Si l'emplacement de votre pharmacie présente une nouvelle demande à TELUS Santé après une désactivation et que le propriétaire a changé depuis le moment de la désactivation, la structure du dépôt sera la suivante :
 - a. **50 000,00 \$**
3. Si, en tant que propriétaire, vous avez été l'objet d'une désactivation par TELUS Santé, et que vous présentez une demande à TELUS Santé pour un nouvel emplacement de pharmacie, la structure du dépôt sera la suivante :
 - a. **50 000,00 \$ ou 5 fois la valeur de votre erreur d'audit précédente**, selon le montant le plus élevé.

Si votre demande d'ouverture de compte est approuvée, vous devrez verser en totalité le montant du dépôt à TELUS Santé. Une fois que TELUS Santé aura confirmé avoir reçu votre dépôt, votre numéro d'identification du fournisseur sera activé et votre pharmacie pourra commencer à soumettre des demandes de règlements à TELUS Santé.

Comment réaliser le processus d'accréditation avancé

Votre pharmacie devra soumettre le formulaire de demande d'ouverture de compte standard à l'équipe des Services aux fournisseurs de TELUS Santé. Une fois que l'équipe aura déterminé que la période d'attente minimale de deux ans de votre pharmacie est terminée, elle vous enverra le formulaire d'addenda à la demande d'ouverture de compte : processus d'accréditation avancé. Vous devrez remplir ce formulaire au complet et le soumettre à l'équipe des Services aux fournisseurs de TELUS Santé. À cette étape, l'équipe vous informera du montant de vos frais administratifs. Une fois que les frais administratifs auront été acquittés en totalité, TELUS Santé commencera l'évaluation de votre demande et Sterling communiquera avec vous pour effectuer la vérification des antécédents.

Évaluation et durée du PAA

TELUS Santé réalisera une évaluation complète de votre demande une fois que tous les éléments du processus d'accréditation avancé auront été réalisés. L'évaluation dépendra des résultats de la vérification des antécédents, de la cartographie des relations, de l'analyse des demandes de règlement et de l'entrevue en personne (s'il y a lieu) et des renseignements fournis dans la demande d'ouverture de compte. Veuillez noter que la durée de ce processus diffère de la durée habituelle de la demande d'ouverture de compte standard. Le délai requis pour rendre une décision dépend de la nature du dossier.

Annexe 3

Liste de pseudo-DIN pour fournitures pour diabétiques

Une liste à jour est disponible en ligne à :

<https://www.telus.com/fr/health/health-professionals/pharmacies/support-documents>

Exigences de prescription

L'admissibilité à la couverture nécessite une prescription documentée (satisfaisant à toutes les exigences légales canadiennes), ce qui inclut également une liste de fournitures précises pour diabétiques. Cette liste doit inclure, sans s'y limiter :

- le nom du produit;
- la taille de l'emballage;
- la quantité.

Annexe 4

Glossaire

Adhérent au régime	Désigne toute personne couverte en vertu de la politique visant les détenteurs de carte (p. ex., conjoint, enfant à charge, enfant à charge ayant dépassé l'âge limite).
Adjudication	Traitement d'une demande de règlement à l'aide de modifications qui déterminent le paiement approprié.
Année de police	La date anniversaire de l'entrée en vigueur de la couverture. Elle peut déterminer le moment de la révision de la franchise. Cependant, pour certains régimes, les franchises sont gérées selon l'année civile.
APhC3	La norme établie par l'Association des pharmaciens du Canada pour l'échange électronique de renseignements sur les demandes de règlement.
Assureur	Compagnie d'assurance régissant le régime ou fournissant des services d'administration.
Coassurance	Un pourcentage (p. ex., 10 % ou 20 %) du coût du médicament ou de l'ordonnance devant être payé pour chaque article chaque fois qu'une ordonnance est exécutée.
Code de préparation magistrale non inscrite	Le numéro fourni par la compagnie de logiciels pour indiquer si la préparation magistrale extemporané est une crème, un onguent, un liquide pour usage interne, etc.
Coût d'acquisition actuel (CAA)	Le coût véritable payé pour l'obtention d'un médicament. Il peut s'agir du prix d'achat directement du fabricant ou d'une compagnie pharmaceutique de gros reconnue.
Couverture des personnes à charge	L'employé(e) a une assurance qui couvre son(sa) conjoint(e) et ses enfants à charge admissibles.
Détenteur de carte	Désigne l'adhérent principal du régime, à qui la police d'assurance appartient.
Détenteur principal	Personne pour qui les garanties ont été établies. Habituellement, il s'agit d'employés ou d'adhérents au régime du preneur.
Échange de données informatisées (EDI)	Le transfert de données entre la pharmacie et TELUS Santé à l'aide de réseaux et d'Internet. L'EDI est de plus en plus important en tant que mécanisme facile pour sécuriser l'échange de renseignements confidentiels.
Examen de l'utilisation des médicaments (EUM)	La plupart des pharmacies utilisent des logiciels qui déterminent les niveaux d'interactions potentielles des médicaments. L'EUM de TELUS Santé va une étape plus loin, en ce sens que la vérification est effectuée pour toutes les demandes de règlement du détenteur traitées au moyen de la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. TELUS Santé avise ensuite le personnel de la pharmacie des interactions potentielles avec des médicaments vendus dans toute autre pharmacie.
Exception liée au détenteur	Le preneur du régime a indiqué à l'assureur de permettre la couverture d'un médicament ou d'un groupe de médicaments pour un détenteur de carte en particulier. Les autres membres de la famille ou employés ne sont pas admissibles, à moins d'avoir eux aussi l'autorisation d'une exception.
Fournisseur	La pharmacie où le service est offert. Un numéro unique est attribué à chaque fournisseur par TELUS Santé.
Formulaire	Une liste précise de médicaments admissibles. Les formulaires peuvent ressembler aux listes de médicaments provinciales et être mis à jour pour illustrer les modifications effectuées par le gouvernement provincial. Un formulaire peut également être créé à la demande d'un employeur et maintenu en son nom.
Formulaire national d'Assure Demandes de règlement de TELUS Santé	Il s'agit du propre régime de soins de santé géré par TELUS Santé. Il n'est pas nécessairement lié à un régime précis d'assurance médicaments.
Frais d'exécution d'ordonnance maximums	Le preneur du régime peut choisir de payer seulement un montant en dollars fixe des frais d'exécution d'ordonnance. Ce montant peut être établi à divers niveaux, selon le régime.



assure

Demands de règlement

Visitez telussante.com

TELUS est une marque de commerce déposée utilisée avec l'autorisation de TELUS Corporation.
Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs.

© 2022 TELUS

 **TELUS** Santé