

assure

Demandes de règlement



Guide du pharmacien

L'information contenue dans le
présent document ne s'applique pas
aux pharmacies situées au Québec.

Mars 2025

 **TELUS**^{MD} Santé

Table des matières

Section 1 - Renseignements généraux

À propos de TELUS Santé	8
Communication avec les détenteurs de carte : la prérogative de l'assureur	9

Section 2 - Carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé

Exemple de carte Assure Demandes de règlement	12
Numéro d'identification du détenteur de la carte	13
Numéro de la société d'assurances	13
Ligne réservée au nom du détenteur de la carte	14
Ligne réservée au deuxième nom	14
Autre texte.....	14
Code de lien de parenté et date de naissance	16

Section 3 - Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé

Coordonnées et heures d'ouverture	18
Horaire des jours fériés.....	19

Section 4 - Politiques et procédures générales

Procédures	21
Validation des demandes de règlement électroniques.....	21
Demandes de règlement papier.....	22
Date de naissance erronée	22
Annulation de la demande de règlement	23
Requêtes de retransmission de demandes de règlement	24
Transactions de règlement.....	24
Options de paiement des pharmacies	25
Portail des fournisseurs.....	26
Rapprochement des paiements.....	26

Section 4 - Politiques et procédures générales

Tarifcation.....	26
Détermination de la tarification des ordonnances.....	26
Maintien de l'équité	29
Montants pouvant être perçus des détenteurs.....	30
Régime de paiement différé.....	31
Programmes gouvernementaux.....	33
WorkSafe BC (WSBC).....	33
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario (CSPAAT).....	33
Exigences en matière de documentation.....	34
Autorisation des ordonnances.....	34
Autorisations de renouvellement verbales et ordonnances verbales.....	34
Prescription ou adaptation d'une prescription par un pharmacien.....	35
Prescription de soins continus ou adaptation d'une prescription par un pharmacien.....	35
Modification d'une ordonnance autorisée.....	37
Préparation de quantités réduites.....	37
Quantité minimale raisonnable.....	37
Retenue de documentation.....	37
Aucune substitution.....	38
Signature ou initiales du pharmacien obligatoires.....	38
Ordonnance non datée.....	39
Politiques.....	40
Catégories de médicaments pouvant comporter des restrictions.....	40
Jours d'approvisionnement ou renouvellement anticipé.....	40
Préparation d'un même médicament à plusieurs reprises au cours d'une période de cinq (5) jours.....	41
Approvisionnement en vue de vacances.....	41
Piluliers.....	42
Approvisionnement de remplacement (vol, perte ou endommagement d'une ordonnance).....	43
Procédure de soumission d'une demande de règlement dans le cas de fournitures pour diabétiques (excluant les appareils pour diabétiques).....	43
Remboursement des glucomètres remis gratuitement ou offerts à prix réduit, ainsi que des frais de formation.....	44

Section 4 - General policies and procedures

Stocks de pharmacie – Vérification d'achat.....	44
Produits pour soulager les allergies	44
Précisions sur la façon de facturer la suboxone et la méthadone	45
Demandes de règlement fractionnées – Comment adéquatement facturer des demandes de règlement dont le montant est élevé	45
Directives de soumission et d'admissibilité en ce qui a trait aux préparations magistrales	47
Règles de soumission.....	47
Exigences relatives aux mélanges	48
Reproduction d'un produit du commerce.....	48
Codes de préparations magistrales non inscrites.....	48
Préparations magistrales non admissibles.....	49
Bases non admissibles	49
Ingrédients non admissibles	49
Formes ou formats non admissibles	50
Préparations magistrales admissibles	50
Liste complète des pseudo-DIN pour préparations magistrales – TELUS SANTÉ.....	50
Directives sur le remboursement d'honoraires pour préparation de préparations magistrales.....	53
Remarques supplémentaires	54
Directives provinciales sur les honoraires pour préparation de préparations magistrales.....	55
Directives de soumission et d'admissibilité pour les glucomètres.....	56

Section 5 - Revue de l'utilisation des médicaments)

Aperçu	60
Fonctionnement	60
Interactions de médicaments	61
Vérifications de la revue de l'utilisation des médicaments.....	61
Marche à suivre lorsque la revue de l'utilisation des médicaments rejette une ordonnance.....	62

Section 6 - Audits et services d'audit

Aperçu : audits VDRJS (vérification des demandes de règlement le jour suivant)...	65
Aperçu : audits en pharmacie.....	66
Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie à la suite d'un audit.....	69
Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie – statut réglementaire ..	69
Désactivation d'un fournisseur de services de pharmacie – propriété conjointe	69
Cote d'audit de TELUS Santé	70
Conseils au sujet de la fraude.....	71

Section 7 - Coordination des prestations

Coordination des prestations avec les régimes provinciaux.....	73
Coordination des prestations entre les régimes privés	74
Médicaments à usage limité pour personnes âgées en Ontario avec un régime privé d'assurance médicaments	74
Conjoints – 65 ans et plus (Alberta).....	74
Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan : programme de gestion des inscriptions provinciales.....	75
Programme de médicaments de spécialité (PMS).....	76
Ordre de traitement – Programmes parrainés par les fabricants.....	77

Section 8 - Types de régimes d'assurance médicaments

Couverture.....	79
Régimes génériques.....	80
Exclusions.....	80
Restrictions d'ordonnance	81
Prix de base de référence (PBR)	82
Couverture d'assurance médicaments selon le prix des médicaments	84

Section 9 - Programmes de pharmacothérapie initiale, pharmacothérapie de maintien et d'autorisation préalable

Programme de pharmacothérapie initiale	86
Procédure pour le programme de pharmacothérapie initiale.....	86
Exemples de classes de médicaments incluses dans le programme de pharmacothérapie initiale de TELUS Santé	87

Programme de pharmacothérapie de maintien	87
Procédure pour le programme de pharmacothérapie de maintien	87
Programmes de pharmacothérapie initiale et de pharmacothérapie de maintien combinés	88
Procédure pour les programmes de pharmacothérapie initiale et de pharmacothérapie de maintien combinés	88
Programme d'autorisation préalable	90
Procédure pour le programme d'autorisation préalable	91
Programme de pharmacothérapie par étapes	92
Procédure pour la pharmacothérapie par étapes	92

Section 10 - Régime de soins de santé de la fonction publique

Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)	94
--	----

Annexes

Annexe 1	
Demande d'ouverture de compte	95
Annexe 2	
Processus d'accréditation avancé	97
Annexe 3	
Liste de pseudo-DIN pour fournitures pour diabétiques	102
Annexe 4	
Glossaire	103
Annexe 5	
Raisons courantes de rejet	106
Annexe 6	
Pseudo-DIN pour médicaments composés courants	108

Index	110
-------------	-----



Section 1

Renseignements généraux



Section 1 - Renseignements généraux

TELUS Solutions en Santé Inc. (« TELUS Santé »)

630, boulevard René-Levesque Ouest, Montréal (Québec) H3B 1S6

www.telussante.com

Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé :

1-800-668-1608

À propos de TELUS Santé

TELUS Santé, chef de file dans le domaine des soins de santé, offre des solutions novatrices de technologie de l'information en matière de télésoins, de dossiers médicaux électroniques, de soins de santé aux consommateurs, de gestion de pharmacies et de gestion de demandes de règlement de médicaments. Nos solutions permettent aux autorités en matière de santé, aux fournisseurs de soins, aux assureurs, aux médecins et aux patients d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé grâce à une meilleure gestion de l'information. Pour en savoir plus au sujet de TELUS Santé, veuillez visiter www.telussante.com.

Assure Health Inc. a été fondée en septembre 1988. Emergis Inc. (« Emergis ») a fait l'acquisition d'Assure Health en novembre 1999. En janvier 2008, TELUS Corporation a démontré son engagement stratégique envers les soins de santé en faisant l'acquisition d'Emergis et permet aujourd'hui la soumission par voie électronique des demandes de règlement par paiement automatique, notamment les demandes de règlement des frais de médicaments d'ordonnance effectuées à partir d'un point de service jusqu'au décideur ou au payeur.

En faisant partie de notre réseau, votre pharmacie tire des avantages lors du traitement, à savoir :

- la détermination de l'admissibilité des produits pour la plupart des demandes de règlement;
- le règlement des transactions;
- la confirmation instantanée de la couverture du détenteur de carte et de ses personnes à charge;
- le paiement automatique de chaque transaction vers le compte bancaire de votre choix (transfert électronique de fonds, « TEF »);
- l'accès sans frais à notre Centre de soutien aux pharmacies où vous trouverez des réponses à vos questions et des solutions à vos problèmes.

TELUS Santé ne traite les demandes de règlement des pharmacies qu'au moyen de l'échange de données informatisé (EDI). Nous avons comme politique de ne pas accepter les demandes de règlement papier soumises par une pharmacie afin d'obtenir un remboursement. Le traitement par EDI nous donne la possibilité de traiter davantage d'options relatives aux caractéristiques des régimes et des formulaires, car la présence en ligne du système rend instantanée la communication de chaque petit changement. Lorsque les régimes provinciaux offrent aux résidents des avantages liés aux médicaments, TELUS Santé est en mesure de coordonner les obligations des secteurs public et privé, de déterminer la responsabilité première du paiement, c.-à-d. si nous (au nom de nos sociétés d'assurances) sommes responsables de traiter la demande de règlement, et de vous retourner cette information alors que le détenteur de carte se trouve toujours devant vous. Nous assurons également la coordination des demandes de règlement entre la plupart des payeurs privés. Toutes les demandes de règlement sont traitées en fonction des diverses quotes-parts et franchises choisies par les sociétés d'assurances et leurs assurés. Le présent manuel décrit les politiques qui doivent être respectées dans le cadre de l'adjudication des demandes de règlement des détenteurs de carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. Le cas échéant, les changements apportés aux politiques vous seront communiqués par voie de télécopie, de courrier postal ou de courrier électronique. Ces communications seront considérées comme faisant partie des politiques et procédures décrites dans le présent manuel, ou les modifiant. Ils seront considérés comme acceptés par vous 30 jours suivant la réception d'un préavis écrit, si vous continuez de soumettre des demandes de règlement au réseau de santé Assure et ne mettez pas fin à votre entente de fournisseur avec TELUS Santé.

Communication avec les détenteurs de carte : la prérogative de l'assureur

TELUS Santé est sincèrement reconnaissante du rôle que joue le personnel des pharmacies dans l'exécution en douceur des régimes de paiement automatique des médicaments. Nous vous remercions d'aider le détenteur de carte à profiter du moyen le plus efficace de traiter ses demandes de règlement.

La cause la plus fréquente des problèmes qui surviennent au point de service est que les renseignements sur le détenteur de carte qui nous sont fournis par la société d'assurances ne correspondent pas à ceux qui nous sont transmis par la pharmacie ou que le médicament prescrit n'est pas couvert par le régime. La société d'assurances est la seule entité capable de résoudre ce genre de situation, car c'est elle qui détient le dossier d'admissibilité de tous les détenteurs de carte et qui fixe les paramètres de paiement des demandes de règlement.

Les sociétés d'assurances accordent une très grande importance à leur relation avec les preneurs de régime et les détenteurs de carte. C'est pourquoi elles ont demandé à ce que TELUS Santé n'ait aucun contact direct avec eux. Une exception peut se faire à des fins d'audits ou pour communiquer le résultat d'une demande dans le cadre d'une autorisation préalable (section 9). **Veillez ne pas divulguer le numéro de téléphone du Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé aux détenteurs de carte.** Ce numéro est à l'usage exclusif de nos fournisseurs de pharmacies.

Lorsque le problème ne peut être résolu en appelant le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé, veuillez conseiller au détenteur de carte de communiquer avec le service des avantages sociaux de son employeur. Si le problème a entraîné le non-paiement de la demande de règlement, la meilleure marche à suivre est de demander au détenteur de carte de payer les frais. Une fois le problème résolu, le détenteur de carte peut soumettre ses reçus de pharmacie à la société d'assurances afin d'obtenir un remboursement.





Section 2

Carte Assure Demandes de
règlement de TELUS Santé^{MC}



Section 2 - Carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé^{MC}

Les illustrations et la conception de la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé varient en fonction de la société d'assurances ou de l'assuré. Voici les caractéristiques les plus courantes de la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé :

- le logo Assure se trouve le plus souvent dans le coin inférieur droit de la carte
- le numéro d'identification unique à 18 à 20 chiffres du détenteur de carte se trouve au centre de la carte
- un nom figure toujours juste au-dessous du numéro d'identification à 18 à 20 chiffres. Il peut s'agir du nom de l'employé, du conjoint ou d'un enfant à charge. Il est important de déterminer si la personne dont le nom figure sur la carte est l'employé ou une personne à charge afin de sélectionner le bon code de parenté au moment de soumettre la demande de règlement
- en plus des cartes en plastique courantes, certains groupes choisissent d'utiliser des cartes en papier pour leurs employés. Ces dernières peuvent être imprimées par les employés à partir d'un site web sécurisé.

Exemple de carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé

ABC Compagnie Limitée			
Assureur	Groupe	Certificat	Émission
12	345678	0123456789	01
Nom de l'employé			
			

Numéro d'identification du détenteur de la carte

On attribue à chaque détenteur de carte un numéro d'identification unique à 18 à 20 chiffres qui figure sur la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé et qui comprend les renseignements suivants :

- les deux premiers chiffres identifient la société d'assurances du détenteur et sont également appelés numéro de l'assureur;
- les six chiffres qui suivent identifient le groupe ou le numéro de police;
- les dix chiffres qui suivent identifient le numéro de certificat;
- les deux derniers chiffres identifient le numéro d'émission (Les détenteurs de cartes AdjudiCare et Desjardins n'auront pas de numéro d'émission.)

Il est très important que les demandes de règlement soient traitées à l'aide des bons numéros afin de s'assurer qu'aucune demande ne soit rejetée inutilement lorsque le détenteur reçoit une nouvelle carte.

Numéro de la société d'assurances

Les sociétés d'assurances et payeurs ci-dessous utilisent actuellement les services de TELUS Santé pour le traitement des demandes de règlement de médicaments soumises par leurs clients. Dans le tableau suivant, les numéros qui précèdent le nom de la société d'assurances ou du payeur correspondent aux numéros d'identification de la société d'assurances ou du payeur, aussi appelés couramment identification de l'assureur ou numéro de l'assureur.

11	Canada Vie	37	WSBC-BC (WorkSafe BC)
12	RSSF (Régime de soins de santé de la fonction publique)	44	Avantage Maximum / First Canadian / Johnston
22	Régime des chambres de commerce / CINUP / Johnston	49	WSIB (Workplace Safety Insurance Board)
23	UV Assurance	51	Desjardins Assurances
29	Équitable	62	Beneva
34	AdjudiCare	80	Programme d'échantillons électroniques
35 & 72*	Groupe Financier AGA Inc.		

*AGA fait la transition de l'assureur 35 prenant en charge les plans courants vers l'assureur 72 prenant en charge les nouveaux plans à compter de novembre 2024. Les deux numéros d'assureurs seront supportés par TELUS jusqu'à la migration complète.

Ligne réservée au nom du détenteur de la carte

Il existe plusieurs possibilités quant à l'impression du nom qui figure sur la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. Certains preneurs de régime choisissent d'imprimer le nom du détenteur de carte principal sur toutes les cartes émises pour la famille. D'autres émettront une carte portant le nom du détenteur principal, puis une autre portant le nom du conjoint. Il se peut que d'autres cartes soient émises pour les étudiants à charge et portent le nom de l'étudiant si l'établissement d'enseignement fréquenté se trouve loin de la maison. C'est pourquoi il est important de déterminer la relation de parenté avant de soumettre la demande de règlement à TELUS Santé à des fins d'adjudication.

Ligne réservée au deuxième nom

Un champ facultatif est utilisé pour inscrire des messages personnalisés. Voici le type de renseignements qui pourraient figurer à cet endroit :

- le nom de l'entreprise du détenteur principal;
- le nom du conjoint ou de la personne à charge si le nom de famille diffère de celui du détenteur principal;
- l'abréviation « OA », indiquant qu'il s'agit d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, qui bénéficie de la couverture du détenteur principal;
- des messages portant sur les caractéristiques des régimes, comme « DED EQUALS DISP FEE » ou « TRAITEMENT EDI SEULEMENT/EDI PROCESSING ONLY »;
- le message « DIFFÉRÉ/DEFERRED » sur les cartes de remboursement électronique.

Autre texte

D'autres textes ou messages peuvent figurer sur la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé :



Personne à charge – Cette information indique l'âge auquel la couverture cesse pour les enfants à charge (p. ex., 18, 19, 21 ou 25 ans) sur la carte des détenteurs bénéficiant d'une couverture familiale. Le jour où la personne à charge atteint l'âge limite, la couverture cesse automatiquement. Si la personne à charge fréquente à temps plein une école, une université ou un collège reconnu, elle doit en fournir une preuve à la société d'assurances ou au preneur de régimes tous les ans. La couverture se poursuivra jusqu'à ce que la personne à charge ait atteint l'âge limite fixé, à partir duquel elle sera considérée comme une personne à charge ayant dépassé l'âge limite. Certains étudiants ayant dépassé l'âge limite possèdent leur propre carte comprenant la mention « OA » et une date d'expiration. La carte d'une personne à charge handicapée peut comporter la mention « DD ».

Franchise – Cette information varie selon le preneur de régimes et se rapporte à un montant d'argent représentant la part que doit déboursier le détenteur de carte. Il se pourrait que la franchise soit inscrite en dollars et en sous (0,35 \$, 2,00 \$, etc.), en pourcentage du total de la demande de règlement (10 %, 20 % ou 10 % jusqu'à un maximum de 5,00 \$), ou qu'elle soit équivalente aux frais professionnels (FRAIS). Le preneur d'un régime peut choisir de regrouper une franchise et une coassurance. Certains régimes in- tègrent un ou plusieurs niveaux de couverture, tandis que la franchise ou la coassurance varient selon le DIN préparé. Vous serez avisé du montant exact couvert par la société d'assurances au moment du traitement.

Maximum pour les honoraires professionnels (frais maximums) – Le preneur d'un régime peut fixer une limite (en dollars ou en pourcentage) pour le montant des honoraires professionnels qui sera payé par le régime. Tout montant qui excède la limite fixée jusqu'aux frais habituellement en vigueur devient à la charge du détenteur de carte et lui est facturé à la discrétion de la pharmacie.

En raison de la complexité toujours plus grande des caractéristiques de régimes, certains preneurs de régime choisissent de laisser certains champs de la carte vides (c.-à-d. les franchises, les maximums et les types de régimes). D'autres cartes, par exemple celles émises aux étudiants collégiaux ou universitaires, peuvent nécessiter une deuxième identification, comme un numéro d'identification de l'étudiant. Dans ce cas, le numéro du détenteur de la carte ne figure pas sur la carte.

Code de lien de parenté et date de naissance

La saisie de la bonne date de naissance sous la forme approuvée est essentielle au processus d'adjudication par EDI; il en est de même pour celle du **code de parenté** du détenteur de carte ou de la personne à charge pour qui les médicaments sont préparés. L'utilisation du bon code de parenté est importante, car elle permet à TELUS Santé de valider les demandes de règlement, de mettre en pratique la revue de l'utilisation des médicaments de TELUS Santé et Assure Demandes de règlement (section 5), ainsi que de déterminer les diverses limites individuelles des régimes, comme la franchise, les maximums, les frais déboursés par l'assuré, etc.

TELUS Santé et la norme APhC3 utilisent les codes de parenté ci-dessous. Si votre logiciel utilise la norme APhC3 ou une autre forme approuvée, le système convertira automatiquement les données sous la forme du code de parenté de TELUS Santé.

TELUS		Norme APhC3
Code	Norme	Description de la carte
01	0	Principal détenteur : Habituellement l'employé du titulaire de la police. Son nom figure presque toujours sur la carte.
02	1	Conjoint du principal détenteur : Dans certains cas, le nom du conjoint figure sur la carte, soit à côté de celui du détenteur principal, soit seul. Une carte distincte peut être émise au nom du conjoint seulement dans le cas où, par exemple, il utilise un autre nom de famille.
03	2	Enfant à charge du détenteur principal : Habituellement un mineur âgé de 18 ou 19 ans ou moins, mais qui pourrait être âgé de 20 ans ou plus selon les modalités du régime d'assurance collective.
04	3	Enfant à charge du détenteur principal ayant dépassé l'âge limite : Admissible à la protection en raison de son statut d'étudiant à temps plein. Dans certains cas, une carte distincte est émise au nom de l'enfant, qui porte la marque « OA » et une date d'expiration, habituellement la fin de l'année scolaire.
05	4	Enfant handicapé à charge du détenteur principal ayant dépassé l'âge limite : Admissible à la protection en raison d'un handicap physique ou mental. Dans certains cas, une carte distincte est émise au nom de la personne à charge handicapée, qui porte la marque « DD ».

La demande de règlement sera rejetée si vous utilisez le bon code de parenté et la mauvaise date de naissance. L'inverse est également vrai. Il est essentiel que ces deux renseignements correspondent à ceux qui sont inscrits dans notre système afin de faciliter le paiement.



Section 3

Centre de soutien aux pharmacies
Assure Demandes de règlement
de TELUS Santé.



Section 3 - Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé

Coordonnées et heures d'ouverture

Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé :
1-800-668-1608

Du lundi au vendredi de 8 h à minuit (HNE)

Le samedi et le dimanche de 9 h à 20 h (HNE) Les jours fériés de midi à 20 h (HNE)*

* Les jours fériés considérés comme tels figurent plus loin.

Lorsque vous communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé, veuillez avoir en main votre numéro de fournisseur à 10 chiffres. 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 de leur employeur.

Les fournisseurs électroniques n'ont pas à communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour déterminer l'admissibilité d'un médicament ou celle d'un détenteur de carte ni pour vérifier les paramètres du régime avant de soumettre une demande de règlement. Vous n'avez qu'à soumettre la demande de règlement et l'admissibilité sera automatiquement vérifiée. Le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé n'est pas en mesure de confirmer l'admissibilité à l'avance. Une seule exception est possible lorsque la pharmacie doit déterminer l'admissibilité d'une demande de règlement concernant une préparation magistrale. Il est toujours plus sage de vérifier qu'une préparation magistrale est admissible avant d'exécuter une ordonnance. Si vous éprouvez des problèmes avec le système, veuillez communiquer avec votre fournisseur de logiciels.

Horaire des jours fériés

Jour férié	Heures d'ouverture	Hours of operation
Jour de la Famille (février)		De 9 h à 20 h (HNE)
Vendredi saint		De midi à 20 h (HNE)
Pâques		De midi à 20 h (HNE)
Fête de la Reine		De midi à 20 h (HNE)
Fête du Canada		De midi à 20 h (HNE)
Congé civique (août)		De 9 h à 20 h (HNE)
Fête du Travail		De midi à 20 h (HNE)
Action de grâce		De midi à 20 h (HNE)
Veille de Noël		De 8 h à 20 h (HNE)
Noël		De midi à 20 h (HNE)
Lendemain de Noël		De midi à 20 h (HNE)
Veille du jour de l'An		De 8 h à 20 h (HNE)
Jour de l'An		De midi à 20 h (HNE)





Section 4

Politiques et procédures générales



Section 4 - Politiques et procédures générales

Procédures

Le fournisseur devra honorer toutes les cartes Assure dûment présentées et s'abstenir de toute forme de discrimination à l'égard du titulaire d'une carte Assure ou du type de demande de règlement.

Lorsque la facturation est effectuée au moyen de la carte Assure Demandes de règlement pour un patient, toutes les demandes de règlement de celui-ci doivent être facturées par l'intermédiaire du système Assure

Validation des demandes de règlement électroniques

La soumission en ligne d'une demande a l'avantage de permettre la vérification automatique de l'admissibilité du détenteur de carte et le traitement instantané des demandes de règlement transmises. La pharmacie et le pharmacien qui exécute l'ordonnance doivent toujours veiller à ce que :

- Le détenteur de carte (ou la personne à charge autorisée du détenteur de carte) présente une carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé valide; le pharmacien doit également vérifier l'identité du détenteur de la carte, notamment son nom, sa date de naissance et le code de parenté;
- Le détenteur de carte présente une ordonnance valide, conforme aux règles provinciales et aux politiques de TELUS Santé, (ce qui comprend le contenu du présent manuel ainsi que toutes les mises à jour, modifications et communications envoyées aux pharmacies par TELUS Santé), notamment les règles sur les limites d'expiration dans le cas des autorisations d'ordonnances rédigées par une personne autorisée à prescrire des médicaments.
- La pharmacie ne contrevient à aucune loi ni à aucun règlement fédéral ou provincial, à aucun règlement administratif, ni à aucune politique de pratique énoncée par des organismes de réglementation pharmaceutiques provinciaux ou norme de pratique pharmaceutique généralement acceptée.



Remarque : Les frais de toute demande de règlement en ligne, à la suite d'un audit (section 6), soumise de façon erronée à l'aide d'une carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé valide pour un détenteur de carte qui ne possède pas de couverture en vertu de cette même carte seront facturés à la pharmacie.

Les demandes de règlement rejetées sont accompagnées d'une justification. Les pharmacies disposent de 90 jours suivant la date d'exécution de l'ordonnance pour soumettre une première ou une deuxième fois la demande de règlement électronique.

Demandes de règlement papier

Veillez prendre note que la pharmacie ne sera pas remboursée dans le cas de demandes de règlement papier. Seul le détenteur de carte peut recevoir un remboursement pour ce type de demande de règlement papier. Si TELUS Santé constate que votre pharmacie soumet des demandes de règlement papier pour recevoir un remboursement, votre pharmacie fera l'objet d'un audit et d'une enquête plus poussés.

Date de naissance erronée

La date de naissance est l'une des principales données d'identification utilisées par TELUS Santé. C'est pourquoi il est impératif que le pharmacien inscrive la bonne date de naissance afin de confirmer l'identité de la personne qui utilise la carte Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. Si le Centre de soutien divulguait cette information, l'intégrité du processus d'identification serait compromise.

Le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé a la permission de confirmer que la date de naissance qui figure au dossier est la même que celle qui a été fournie à TELUS Santé par la société d'assurances. Si le détenteur de carte confirme que la date de naissance qui figure au dossier est exacte, mais qu'elle diffère de celle dont nous disposons, le détenteur de carte doit communiquer avec son employeur afin de corriger la situation. La société d'assurances transmettra les renseignements corrigés à TELUS Santé peu après avoir reçu un avis du détenteur de carte demandant d'apporter la modification.

Si cette situation survient et que le détenteur de carte ne peut attendre que ses renseignements soient modifiés (le processus peut prendre quelques jours), le détenteur de carte doit payer et soumettre le reçu à son assureur.

Annulation de demande de règlement – Changement de propriétaire – Retransmission de demandes ouvertes (comptes devant faire l'objet d'un règlement)

Avant tout changement de propriétaire, le fournisseur doit veiller à ce que toutes les demandes précédemment soumises n'ayant pas été reçues par l'adhérent au régime et qui se trouvent toujours à la pharmacie soient annulées. Toutes les annulations doivent être traitées avant l'activation du nouveau numéro de fournisseur.

À l'occasion, il se peut qu'une transaction doive être traitée à une date qui diffère de celle à laquelle l'ordonnance a été exécutée. La date à laquelle l'ordonnance a été exécutée doit correspondre à la date d'approvisionnement réelle. Toute demande de règlement transmise électroniquement au-delà de la limite de 90 jours sera rejetée à titre de « demande de règlement désuète ». La pharmacie peut faire payer le détenteur de carte, qui soumettra ensuite le reçu à la société d'assurances afin d'obtenir un remboursement.

La transaction d'annulation (ou de renversement) de la demande de règlement est utilisée pour annuler une demande de règlement qui a été traitée avec succès par TELUS Santé. La plupart des pharmacies ont la possibilité d'annuler des demandes de règlement jusqu'à 90 jours suivant la date à laquelle l'ordonnance a été exécutée. Si vous découvrez que TELUS Santé s'est vue facturer des frais pour une demande de règlement qui n'a jamais été reçue par le détenteur de carte ou si l'une de vos demandes de règlement doit être annulée et que le délai de 90 jours est passé ou encore, si vous éprouvez de la difficulté à annuler une demande de règlement à l'intérieur du délai de 90 jours, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé pour obtenir de l'aide.

Le délai de 90 jours s'applique uniquement à l'annulation et à la refacturation d'une demande de règlement. Il n'est pas possible de soumettre une nouvelle fois une demande de règlement par voie électronique pour une ordonnance exécutée il y a plus de 90 jours. Avant d'annuler une demande de règlement, veuillez vous assurer que celle-ci n'a pas fait l'objet d'un rajustement par les services d'audit de TELUS Santé. Les services d'audit de TELUS Santé envoient les avis de rajustement au compte afin de transmettre les résultats d'un audit et pour indiquer les demandes de règlement qui ont été rajustées. L'annulation de demandes de règlement figurant sur le rajustement au compte entraînerait plusieurs prélèvements de fonds dans le compte de fournisseur. TELUS Santé ne sera pas tenue de rembourser les fournisseurs pour les demandes de règlement qui ont été annulées de cette façon.

Requêtes de retransmission de demandes de règlement

TELUS Santé autorise la retransmission des demandes de règlement qui ont été annulées accidentellement. La permission de retransmettre une demande de règlement en ligne peut être accordée à la pharmacie pour une demande annulée au-delà de la limite de retransmission de 90 jours de TELUS Santé. Pour que TELUS Santé examine votre requête de retransmission, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé. En outre, aucune permission ne sera accordée pour les paiements différés, une couverture échue, les demandes de règlement rejetées et des emballages non réglementaires, ou pour les demandes précédemment soumises avec un numéro de fournisseur qui n'est plus actif. Les demandes sont admissibles à la retransmission seulement avec un numéro de fournisseur actif.

Transactions de règlement

On s'attend à ce que les pharmacies effectuent des transactions de règlement sur une base quotidienne afin d'assurer l'exactitude du dépôt bancaire de TELUS Santé. Pour ce faire, nous vous recommandons de suivre la procédure ci-dessous :

1. Au début de chaque journée, soumettez-nous une demande de totaux pour la journée précédente (rapport sur les règlements nets) au moyen de l'EDI. Ce rapport vous fournira un sommaire de toutes les transactions applicables.
2. À la fin de chaque journée, il est important de nous soumettre une demande de totaux pour la journée (requête de solde des demandes de règlement). Ce rapport vous fournira le nombre total de demandes de règlement et de demandes d'annulation soumises, ainsi que la valeur totale du montant qui vous sera payé.

Ce total ne comprend pas les frais de transaction ou l'information sur le dépôt. Nous vous recommandons de comparer ce rapport avec un rapport sur les totaux produit à partir du logiciel de gestion de votre pharmacie afin de vous assurer que les deux systèmes concordent. S'il vous arrivait de repérer des divergences, vous pourriez obtenir un rapport plus détaillé à partir du logiciel de gestion de votre pharmacie afin de vous aider à trouver l'erreur. S'il était nécessaire d'annuler une demande de règlement et de l'envoyer de nouveau, vous devriez vous en occuper immédiatement. Le Centre de soutien aux pharmacies sera également en mesure de vous aider en cas de divergences le jour même. Il se peut que des frais de traitement s'appliquent pour les demandes papier de rapport détaillé.

Remarque : Dans les provinces de l'Ouest, TELUS Santé exerce ses activités selon l'heure de l'Est. Les demandes de règlement traitées après minuit HE figureront dans les totaux du jour suivant.

Options de paiement des pharmacies

- **Paiement le jour suivant** : Paiement versé directement dans le compte autorisé du fournisseur daté du prochain jour ouvrable moyennant des frais de transaction de 0,20 \$ par demande de règlement payée.
- **Paiement deux fois par mois** : Paiement versé directement dans le compte autorisé du fournisseur moyennant des frais de transaction de 0,10 \$ par demande de règlement payée. Pour les transactions soumises entre le 16 et le dernier jour de chaque mois, le paiement sera versé dans votre compte le premier jour ouvré suivant le 1er du prochain mois. Pour les transactions soumises entre le 1er et le 15 de chaque mois, le paiement sera versé dans votre compte le premier jour ouvré suivant le 16 de ce mois.
- **Paiement 30 jours suivant la date de la transaction** : Paiement versé directement dans le compte autorisé du fournisseur daté du prochain jour ouvré suivant la période de 30 jours, sans frais de transaction. Il ne s'agit pas d'un paiement forfaitaire mensuel, mais bien d'un dépôt quotidien 30 jours suivant la date de la transaction.

TELUS Santé se réserve le droit de modifier, au besoin, les frais de transaction inscrits dans la lettre de confirmation, moyennant un préavis de 30 jours au fournisseur. Ce dernier a ensuite 14 jours suivant la date du préavis pour modifier son option de paiement actuelle ou annuler l'Entente; autrement, les services seront facturés selon les nouveaux tarifs à partir de la date d'entrée en vigueur.



Portail des fournisseurs

Les pharmacies peuvent utiliser le portail des pharmacies fournisseurs de TELUS Santé (<https://pharmacyregistration.telushealth.com>) pour récupérer leurs rapports de rapprochement des paiements en tout temps.

Les pharmacies pourront choisir leur numéro de fournisseur Assure ou RSSFP pour lequel générer les rapports de rapprochement des paiements et télécharger les rapports générés.

Veillez noter qu'actuellement, TELUS Santé ne permet qu'une seule connexion par pharmacie. Cela signifie qu'un seul utilisateur peut se connecter au portail à la fois. Si plusieurs pharmacies appartiennent au même propriétaire, chaque pharmacie aura son propre nom d'utilisateur pour le portail des fournisseurs.

Dans l'entente de fournisseur que vous avez conclue avec TELUS Santé, vous convenez que vous vous inscrirez au portail en suivant les procédures fournies. L'accès et l'utilisation du portail sont limités aux employés de la pharmacie autorisés par le propriétaire ou le gestionnaire de la pharmacie, et ne seront pas offerts aux clients, aux utilisateurs finaux ni à tout autre tiers.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à la section des conditions de l'entente de fournisseur que vous avez conclue avec TELUS Santé.

Rapprochement des paiements

Avec le rapport de rapprochement des paiements, les pharmacies peuvent obtenir des renseignements sur ce qui suit :

- Demandes de règlement : une liste de transactions d'adjudication durant la période de temps définie
- Vérification : un document détaillé des transactions qui ont été facturées dans le cadre du programme de vérification de TELUS Santé à la date durant laquelle la transaction a été rapporté
- Sommaire : un rapport récapitulatif des renseignements sur les dépôts des fournisseurs

Tarification

Détermination de la tarification des ordonnances

Les politiques en matière de tarification varient d'une province à l'autre et il se peut donc qu'il y ait des différences entre les pharmacies. Certains calendriers de paiement peuvent dépendre des honoraires de préparation habituellement en vigueur dans une pharmacie, tandis que d'autres seront basés sur des frais dont le montant a été négocié pour l'ensemble des pharmacies d'une province.

En dépit de ces différences, une règle commune s'applique :

Le montant total facturé au détenteur de carte ne doit pas excéder le montant qui serait facturé à un client qui paierait comptant ou à tout autre détenteur de carte de paiement direct d'un payeur privé.

- Pour toutes les réclamations soumises à TELUS Santé, aucune surfacturation n'est permise quant aux différences entre le coût d'ingrédient d'ordonnance et le montant établi dans la liste de prix par défaut de TELUS Santé. Si un fabricant diminue le prix d'un produit et que vous disposez de stocks achetés au précédent prix plus élevé, veuillez communiquer directement avec le fabricant, car TELUS Santé n'est pas responsable des réductions de prix des fabricants.
- Si le détenteur de carte bénéficie d'un régime de paiement différé (voir page 31), le même principe s'applique. Vous ne pouvez facturer au détenteur de carte la différence entre le coût d'ingrédient d'ordonnance et le montant établi dans la liste de prix de TELUS Santé lorsque TELUS Santé est le payeur principal.
- Dans le cas du programme d'échantillons électroniques, vous recevez le paiement du fabricant de produits pharmaceutiques participant au moyen du système d'adjudication électronique.

Lorsqu'une demande de règlement est soumise, notre système de traitement ajuste votre paiement en fonction de vos frais professionnels habituellement en vigueur ainsi que de notre liste de prix des médicaments. Cette liste est établie selon un bon nombre de sources fiables.

Dans votre entente de fournisseurs avec TELUS Santé, vous convenez que vous accepterez le paiement que nous aurons établi et ne facturerez pas la différence au détenteur de carte (veuillez consulter la section Montants pouvant être perçus des détenteurs à la page 30). Le défaut de vous conformer aux politiques de TELUS Santé entraînera la révocation de votre ou de vos numéros de fournisseur, voire une période d'interdiction au cours de laquelle vous pourriez ne pas être autorisé à demander un nouveau numéro de fournisseur à TELUS Santé.

Dans le cas où vos coûts d'acquisition réels dépasseraient le montant permis par notre système, vous pourriez communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé au 1-800-668-1608 et nous envoyer votre facture la plus récente avec la demande de règlement en question par télécopieur au 1-888-334-6878. Dans les provinces où le calendrier de paiement est fondé sur la tarification courante du fabricant, les rajustements de prix ne sont autorisés que si le prix courant du fabricant excède le montant permis dans notre système. Veuillez indiquer la demande de règlement touchée par la situation et inscrire votre numéro de fournisseur. Toute facture soumise doit être reçue dans les sept jours suivant la date de l'ordonnance. Veuillez noter que seuls les ajustements de 2 \$ et plus par DIN seront considérés.

Dans le cas où un fabricant réduirait le prix de l'un de ses produits et que vous avez ce produit en stock au coût précédent le plus élevé, il vous faudrait communiquer avec le fabricant directement, car TELUS Santé n'est pas responsable des réductions de prix des fabricants. De plus, si un produit générique est en rupture de stock, la pharmacie est responsable de consulter tous les fournisseurs disponibles afin d'obtenir ce produit ou un autre produit générique interchangeable avant de soumettre une demande de réclamation pour le médicament de marque. Si tous les produits génériques interchangeables sont temporairement indisponibles, les demandes de règlement pour le produit de marque seront acceptées. Cependant, dès que les produits génériques seront de nouveau disponibles, les montants demandés dans les demandes de règlement pour le produit de marque seront réduits au prix du produit générique.





Maintien de l'équité

Les régimes de paiement automatique des médicaments par EDI sont de plus en plus populaires auprès des employés et représentent un avantage tant pour votre pharmacie que pour vos clients. Le concept selon lequel les détenteurs de carte EDI ne devraient pas se voir facturer des frais excédant votre prix habituel (c.-à-d. qu'ils ne devraient pas faire l'objet de discrimination parce qu'ils possèdent la carte Assure Demandes de règlement de TELUS) est essentiel à son succès. Ces frais comprennent les fournitures pour diabétiques et les contraceptifs oraux, pour lesquels des honoraires de préparation réduits s'appliquent souvent. La pharmacie doit facturer aux détenteurs de cartes EDI de TELUS Santé des sommes n'excédant pas celles qu'elle facturerait aux clients qui paieraient comptant ou aux autres détenteurs de carte de paiement automatique d'un payeur privé. Votre contrat élève ce principe au rang d'exigence.

Cela signifie également que si vous concluez une entente spéciale avec un réseau de paiement automatique, vous devrez faire profiter les détenteurs de carte TELUS des mêmes avantages de tarification. Nous accordons un pied d'équité aux pharmacies en matière de concurrence. En retour, l'entente que nous avons conclue avec votre pharmacie sert à nous assurer que nos sociétés d'assurances affiliées reçoivent les mêmes avantages financiers que ceux que vous accordez à nos concurrents.

Remarque : Cela ne vous interdit pas de conclure des arrangements préférentiels avec des preneurs de régime unique ou des associations de l'industrie (associations commerciales).



Montants pouvant être perçus des détenteurs

La plupart des régimes comportent diverses formes de participation aux coûts (franchises, quotes-parts, coassurances) qui exigent du détenteur de carte de payer une partie des coûts associés à l'ordonnance. Certains régimes imposent des maximums pour les honoraires de préparation ou des franchises équivalentes aux honoraires de préparation, ce qui limite le montant payé par le régime pour vos services professionnels. D'autres limitent le paiement aux coûts des médicaments de rechange, comme les génériques, ou à des médicaments inscrits dans un formulaire contrôlé. Le montant restant, pouvant être soumis au payeur secondaire dans un scénario de coordination des avantages, s'appelle montant résiduel.

Veillez noter que le montant résiduel est assujéti aux règles du régime privé du détenteur de carte (p. ex., franchises, coassurances, etc.). En ce qui concerne les demandes de règlement avec coordination des prestations du régime public et d'un régime privé, TELUS Santé paie uniquement un montant pouvant atteindre le montant maximum que verserait le payeur principal, étant donné que l'assurance privée vise à compléter la couverture.

En vertu de votre entente de fournisseur avec TELUS Santé, la différence avec les prix acceptés sur une demande de règlement ne peut être relayée au détenteur de carte que dans les circonstances suivantes :

- il y a une différence entre les honoraires de préparation courants et habituels et le maximum des honoraires de préparation remboursé par le régime (ne s'applique pas au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard);
- il y a une différence de prix entre un produit de marque et un produit générique, si le détenteur de carte choisit le produit de marque et que le médecin traitant n'a pas inscrit la mention « aucune substitution » sur l'ordonnance;
- il y a une différence de coût pour un médicament couvert par un régime qui établit le coût en fonction du produit de référence et des équivalents thérapeutiques (p. ex., une demande de règlement pour une ranitidine remboursée en fonction du coût d'une cimétidine);
- il y a une différence de coût pour un médicament remboursé en fonction d'un fichier de prix adapté au fournisseur (indiquée par un code de retour 6028 : Coût admissible maximal remboursé);

- il y a une différence de coût pour le montant excédentaire facturé pour des quantités préparées en surplus de l'approvisionnement maximum permis par le régime (p. ex., le détenteur de carte demande une quantité de médicaments équivalant à 60 jours, mais le régime ne rembourse que les quantités pour 34 jours à la fois);
- toute franchise, coassurance et autre limite du régime imposées à la demande de règlement.

Nous tentons toujours de maintenir des listes de prix équitables, qui correspondent à des prix d'achat raisonnables. Le processus d'adjudication vous indique le montant maximal remboursé par TELUS Santé pour le coût du médicament, incluant les majorations de prix admissibles. Dans les circonstances autres que celles énumérées ci-dessus, si le coût du médicament demandé dépasse le montant permis par notre système d'adjudication, vous ne serez pas autorisé à facturer la différence de prix du médicament au détenteur de carte, lorsque TELUS Santé est le principal payeur.

Veuillez vous assurer que le reçu remis au patient par la pharmacie indique les frais exacts facturés au patient ou à l'adhérent au régime par la pharmacie. En cas de disparités, les vérifications nécessaires seront entreprises.

Honoraires professionnels

Les frais facturés pour les services professionnels, tels que pour des injections, des revues de médicaments, des prolongations d'ordonnances, etc., ne sont actuellement pas admissibles à la facturation électronique. Un reçu indiquant clairement que les frais facturés sont pour des services professionnels peut être fourni par les pharmacies aux patients pour des soumissions manuelles.

Régime de paiement différé

Un régime de paiement différé se distingue des programmes habituels de paiement automatique en ce qu'il verse le paiement à l'assuré à une date ultérieure, selon un délai prédéterminé ou un seuil en dollars déterminé par le preneur du régime. Le détenteur de carte présente sa carte à la pharmacie afin de faire traiter sa demande, puis la pharmacie soumet la demande de règlement en temps réel à TELUS Santé afin que celle-ci soit traitée. À ce moment, le détenteur de carte doit payer à la pharmacie le coût total de la demande de règlement et obtiendra le remboursement automatique d'une partie du montant réclamé pour laquelle le preneur de son régime est responsable (total de la demande de règlement moins la quote-part et la franchise), soit par chèque, soit par TEF. Le paiement est versé lorsque le délai prédéterminé s'est écoulé ou que la somme des montants réclamés atteint un certain seuil en dollars. Le traitement des demandes par voie électronique donne lieu à un examen électronique de l'utilisation des

médicaments. Le montant que TELUS Santé verse directement à la pharmacie sera toujours zéro. La pharmacie reçoit un message mentionnant qu'il s'agit d'un paiement différé et que le détenteur de carte doit payer son médicament à la pharmacie. Les détenteurs de carte n'ont pas besoin de soumettre leurs factures manuellement à la société d'assurances. Si le détenteur de carte ne se présente pas pour cueillir son ordonnance dans les **deux jours** suivant la date de délivrance du médicament, annulez la demande de règlement. Cette démarche est essentielle pour éviter qu'un paiement soit fait à un détenteur qui n'est pas venu chercher son médicament à la pharmacie.

Remarque : si un détenteur de carte participe à plusieurs régimes de telus santé et que son programme primaire est un régime de paiement différé, il ne peut y avoir de coordination des prestations par voie électronique. le détenteur de carte doit soumettre manuellement auprès de son régime secondaire toute portion non réglée de sa demande.





Programmes gouvernementaux

WorkSafe BC (WSBC)

L'organisme WorkSafe BC de la Colombie-Britannique possède une carte particulière pour les victimes d'accidents du travail. Le client de WSBC bénéficie d'une carte à l'usage exclusif du détenteur de carte, qui n'offre aucun avantage aux personnes à charge. WSBC est le principal payeur des demandes de règlement des victimes d'accidents du travail admissibles. La pharmacie doit d'abord faire parvenir les demandes de règlement au programme BC PharmaCare en inscrivant le code d'intervention « DE » afin que le processus de revue de l'utilisation des médicaments puisse s'enclencher. La demande de règlement doit ensuite être envoyée à TELUS Santé afin d'être traitée.

Veillez noter qu'à titre d'agence gouvernementale, WSBC respecte les lignes directrices du programme BC PharmaCare en ce qui a trait à la tarification et au nombre de jours d'approvisionnement pour les médicaments admissibles. WSBC ne remboursera pas le demandeur pour tout montant d'ordonnance excédant les limites fixées dans les lignes directrices du programme BC PharmaCare en matière de tarification. Veuillez aussi noter que toute portion d'une demande de règlement traitée en ligne et impayée par WSBC (par exemple, les frais d'honoraires ou le coût des médicaments) ne peut être réclamée ni au détenteur de carte ni à un régime privé secondaire.

Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario (CSPAAT)

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario supervise le système d'éducation et de formation en matière de sécurité professionnelle et offre des avantages en matière d'invalidité aux victimes d'accidents du travail.

Le programme de prestations-médicaments de la CSPAAT paie les médicaments d'ordonnance des travailleurs pour leurs lésions ou maladies professionnelles. Le programme compte également un système d'approbation et de facturation automatique en ligne qui permet aux pharmaciens de l'Ontario d'obtenir par Internet une autorisation pour l'ordonnance d'un travailleur et de facturer les frais directement à TELUS Santé par le système.

Veillez noter que toute portion d'une demande de règlement non remboursée en ligne par la CSPAAT (p. ex., honoraires de préparation, coûts du médicament) ne peut être facturée au détenteur de carte ni coordonnée avec un régime secondaire privé.

Exigences en matière de documentation

Pour toutes les demandes de règlement soumises à l'aide du système de la carte Assuré Demandes de règlement de TELUS Santé, TELUS Santé exige que de la documentation claire soit fournie pour toutes les ordonnances. En général, TELUS Santé exige qu'il y ait une ordonnance valide avant de traiter la demande de règlement, car la demande peut faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.

Autorisation des ordonnances

TELUS Santé exige ordonnance dûment autorisée et une prescription obtenue avant la soumission de la demande électroniquement pour toutes les demandes de règlement soumises par voie électronique, notamment pour les produits d'ordonnance et les produits en vente libre. Une personne autorisée à prescrire des médicaments peut demander une ordonnance. TELUS Santé considère comme une personne autorisée à faire l'ordonnance les personnes suivantes : médecins, chirurgiens, dentistes ou tout autre professionnel de la santé autorisé à prescrire* en règle avec son organisme dirigeant. Toutes les restrictions provinciales imposées aux pratiques de prescription sont respectées par TELUS Santé (p. ex., une liste précise de médicaments pouvant être prescrits par un praticien).

* Là où les lois provinciales le permettent.

Autorisations de renouvellement verbales et ordonnances verbales

Pour toutes les demandes de règlement soumises à TELUS Santé, il est obligatoire que de la documentation soit fournie avec toutes les ordonnances verbales et les autorisations verbales pour les demandes de règlement concernant le renouvellement de produits d'ordonnance ou en vente libre. Les ordonnances verbales doivent être reçues de la part d'une personne autorisée à faire des ordonnances (voir Autorisation des ordonnances à la page 21) et doivent être transcrites par le pharmacien qui les reçoit ou entrées dans le dossier informatique à titre de « log/unfill prescription ». Cette documentation doit être rassemblée avant le traitement de la demande de règlement, afin de veiller à ce qu'il y ait une référence pour valider la demande de règlement de l'ordonnance.

La documentation doit comprendre les renseignements suivants :

- la date à laquelle l'autorisation a été obtenue;
- le nom complet de l'adhérent au régime;
- le nom du médicament, le dosage, la quantité et les directives d'utilisation;
- le nom de la personne ayant prescrit le médicament;
- la signature du pharmacien ayant reçu l'ordonnance;
- le nombre de renouvellements (si permis) et l'intervalle entre les renouvellements (le cas échéant).



Il est également obligatoire que toutes les commandes verbales dûment remplies et les autorisations envoyées par télécopieur soient conservées avec la copie papier de l'ordonnance afin de pouvoir être consultées ultérieurement. Il est important que les dossiers de la pharmacie soient complets et exacts. Toute autorisation fournie est valide uniquement pendant la durée de l'ordonnance. Seule l'information fournie avec chaque nouvelle autorisation sera considérée comme valide. Les dossiers doivent contenir une liste de contrôle indépendante. Par conséquent, le jumelage d'une nouvelle autorisation à une autorisation existante ne respecte pas cette exigence.

Prescription ou adaptation d'une prescription par un pharmacien

Si la réglementation provinciale prévoit l'élargissement du champ d'exercice des pharmaciens, TELUS Santé acceptera les demandes de règlement comportant une prescription de pharmacien ou l'adaptation d'une prescription par un pharmacien en fonction de la structure de couverture du régime.

Ceci est applicable du moment qu'il y ait la documentation appropriée et requise par l'ordre de réglementation de la province, et qu'elle soit documentée avant la soumission de la demande.

Prescription de soins continus ou adaptation d'une prescription par un pharmacien

Une prescription de soins continus autorisée par un pharmacien peut être soumise en ligne à TELUS Santé.

Nous comprenons que les pharmaciens doivent adapter une prescription ou prescrire un médicament conformément à la réglementation provinciale en vigueur lorsqu'ils exécutent une ordonnance. La réglementation n'encadre toutefois pas la soumission de demandes de règlement pour des prescriptions de pharmaciens à des tiers payeurs. Afin d'éviter tout malentendu, veuillez suivre les directives de soumission des demandes de règlement ci-dessous pour toutes les prescriptions de soins continus ou les prescriptions adaptées par un pharmacien.





Remarque : Le pharmacien doit rédiger la prescription de soins continus avant de facturer la demande en ligne à TELUS aux fins de paiement.

La documentation liée à la prescription de soins continus doit comprendre les cinq (5) éléments suivants :

1. la date de l'autorisation
2. le nom complet de l'adhérent au régime
3. le nom du médicament, le dosage, la quantité et les directives d'utilisation
4. le nom complet, le numéro de permis d'exercice et la signature de pharmacien prescripteur
5. le nombre de renouvellements (si permis)

En ce qui a trait aux médicaments sans ordonnance, TELUS Santé n'accepte pas de quantités telles que : « approvisionnement d'un an », « approvisionnement de 18 mois », « renouvellements illimités jusqu'à l'échéance de l'ordonnance » sans directives connexes.

Pour les médicaments qui ne requièrent pas de directives précises, vous devez indiquer la quantité totale autorisée en chiffre et le nombre total de renouvellements, le cas échéant.

Modification d'une ordonnance autorisée

Lorsque les organismes de réglementation provinciaux l'exigent, il faut appuyer, au moyen de documents, tous les changements autorisés apportés aux ordonnances. Ces changements doivent être communiqués par un prescripteur autorisé et doivent être transcrits par un pharmacien avant que la demande de règlement ne soit traitée. TELUS Santé exige par ailleurs un document écrit du prescripteur lorsque le médicament est délivré pour une période différant du nombre de jours indiqué sur l'autorisation originale.

Préparation de quantités réduites

Lorsque les organismes gouvernementaux de réglementation l'exigent, la signature de l'adhérent au régime doit figurer sur l'ordonnance si une quantité inférieure à celle prescrite au départ par la personne autorisée à faire l'ordonnance devait être préparée. Dans le cas des demandes de règlement où une quantité réduite est préparée en raison des limites imposées par le régime (par exemple, une ordonnance couvrant 200 jours, mais où le régime impose une limite d'approvisionnement de 100 jours), la signature de l'adhérent au régime n'est pas obligatoire.

Quantité minimale raisonnable

Pour contribuer à diminuer le gaspillage (particulièrement pour les médicaments dont le coût est élevé), la quantité raisonnable minimale doit être préparée lorsqu'il existe pour un médicament de multiples formats. Si, pour une raison quelconque, la quantité minimale raisonnable n'a pas été préparée, une justification doit être fournie. Ces demandes feront l'objet d'un audit par TELUS Santé et la pharmacie devra assumer le rajustement si une justification n'est pas fournie. TELUS Santé se réserve le droit de recouvrer les montants payés en fonction des formats d'emballage accessibles au moment de la préparation des médicaments.

Exemple:

Dose recommandée : 120 mg

Formats d'emballage offerts : 50 mg/fiole de 0,5 ml et 100 mg/fiole de 1 ml

Quantité minimum raisonnable : 1 x 50 mg/0,5 ml et 1 x 100 mg/1 ml

Si 2 emballages de 100 mg sont préparés sans justification, la pharmacie devra assumer le coût de la dose excédentaire, calculée dans le cadre d'un audit.

Retenue de documentation

Pour la soumission de demandes de règlement à TELUS Santé, il est obligatoire que de la documentation (ordonnances originales écrites ou verbales, copies papier produites par ordinateur – là où la loi l'exige, des formulaires, etc.) associée aux demandes de règlement traitées au moyen du système Assure Demandes de règlement de TELUS Santé soit conservée et disponible pour toutes les ordonnances : écrites, verbales, les autorisations de renouvellement (écrites ou verbales) et les demandes de règlement pour des produits en vente libre. Les délais de conservation des ordonnances doivent correspondre à ceux déterminés par votre réglementation provinciale.



Aucune substitution

Lorsque les organismes de réglementation provinciaux l'exigent, le prescripteur autorisé doit, avant le traitement de la demande de règlement, recourir à l'une des méthodes ci-dessous pour préciser qu'il ne veut aucune substitution afin que TELUS Santé puisse procéder au paiement en ligne d'un montant correspondant au coût du médicament d'origine :

1. Il doit inscrire à la main, sur l'ordonnance, la mention « aucune substitution » ou parapher le tampon dans la section de l'ordonnance prévue à cet effet. Le pharmacien peut vérifier verbalement si le principe d'« aucune substitution » s'applique, pourvu que la réception et la date de la confirmation précèdent la soumission de la demande de règlement à des fins de paiement et que cette confirmation soit documentée conformément aux exigences de TELUS Santé en la matière.
2. Dans le cas d'une ordonnance verbale, le prescripteur autorisé doit préciser qu'il n'y a « aucune substitution » et le pharmacien qui reçoit la prescription verbale doit transcrire cette mention sur l'ordonnance, avant le traitement de la demande de règlement de la demande de règlement, ainsi que la date inscrite avant la soumission de la demande de règlement.
3. Dans le cas d'une ordonnance électronique ou imprimée, le médecin doit indiquer la mention « aucune substitution » sur le document.

Les ordonnances portant la mention manuscrite « aucune substitution » conformément aux indications réelles du prescripteur peuvent être admissibles au paiement d'un montant supérieur à celui du coût du produit interchangeable dont le prix est le moins élevé, si le code « N » pour « No Substitution » (aucune substitution) est entré dans le système ou si le code de produit est le « 1 » (choix du prescripteur) pour les demandes de règlement par EDI conformes à la norme APhC3.

Signature ou initiales du pharmacien obligatoires

Lorsque les organismes gouvernementaux de réglementation l'exigent, TELUS Santé exige que la signature, les initiales ou la signature électronique du pharmacien soient apposées sur la copie papier produite par ordinateur. Les copies papier électroniques doivent inclure des données probantes sur le flux de travail complété, montrant à la fois l'autorisation du pharmacien et la collecte par le patient (le cas échéant).

Ordonnance non datée

Étant donné que la date d'autorisation est nécessaire afin de déterminer l'échéance de l'ordonnance dans son ensemble ou l'échéance des renouvellements autorisés, TELUS Santé exige que cette information figure sur toute la documentation relative aux ordonnances pour les demandes de règlement transmises par le système Assuré de TELUS Santé. Cette date est également nécessaire afin de déterminer si l'autorisation a été obtenue avant de traiter la demande de règlement en ligne.





Politiques

Catégories de médicaments pouvant comporter des restrictions

Les preneurs de régime peuvent choisir d'exclure certaines catégories de médicaments ou d'en restreindre l'accès pour un groupe, une division ou une unité. La restriction peut viser une valeur en dollars payée sur une année ou un maximum à vie. Voici certaines des restrictions les plus courantes (liste non exhaustive) :

- traitements contre l'infertilité
- renoncement au tabac
- vaccination préventive
- agent antiobésité ou anorexigène
- dysfonction érectile

Jours d'approvisionnement ou renouvellement anticipé

Le nombre exact de jours d'approvisionnement est essentiel au bon fonctionnement de la revue de l'utilisation des médicaments et du traitement de la demande de règlement. Nous comprenons qu'il peut être difficile de respecter cette exigence lorsqu'aucune directive de dosage ne figure sur l'ordonnance. Cependant, une estimation raisonnable est préférable au fait d'inscrire automatiquement le nombre 30 dans le champ réservé aux jours d'approvisionnement.

Lorsque vous recevez un avertissement de la revue de l'utilisation des médicaments en raison d'un renouvellement anticipé, assurez-vous que le patient a utilisé au moins les deux tiers de l'approvisionnement préparé précédemment avant de préparer un nouvel approvisionnement. Veuillez noter que les vérifications de la revue de l'utilisation des médicaments de TELUS Santé sont effectuées dans l'historique complet de l'adhérent au régime et qu'elles ne se limitent pas aux demandes de règlement soumises par votre pharmacie. Si un adhérent au régime exige un renouvellement anticipé pour des raisons autres qu'un changement dans le dosage prescrit, ce détenteur doit payer comptant et soumettre à sa société d'assurances le reçu accompagné d'une justification afin d'obtenir un remboursement. Si vous avez des préoccupations quant à la préparation d'ordonnance après avoir reçu un message d'avertissement, veuillez communiquer avec notre Centre de soutien aux pharmacies afin de clarifier la situation.

De plus, si le détenteur de carte exige un montant excédant la limite de jours d'approvisionnement fixée par son régime, ce détenteur doit payer comptant la part de l'ordonnance qui excède le montant permis, et soumettre à sa société d'assurances une demande de règlement accompagnée d'une justification. Ces situations se produisent dans les cas suivants :

- médicaments égarés;
- changements de fabricants (médicament générique différent/différente marque);
- approvisionnement en vue des vacances.

Consultez également les sections Approvisionnement en vue de vacances et Approvisionnement de remplacement.

Veillez noter que, peu importe la situation, la pharmacie doit prendre en compte le nombre de médicaments que l'adhérent au régime a toujours en sa possession avant de penser à soumettre une demande de règlement pour de l'approvisionnement supplémentaire.

Si vous avez des préoccupations sur l'exécution d'ordonnances après avoir reçu un avertissement, veuillez communiquer avec notre Centre de soutien aux pharmacies pour obtenir des précisions.

Préparation d'un même médicament à plusieurs reprises au cours d'une période de cinq (5) jours

Si un produit, autre qu'un antibiotique, narcotique ou médicament contrôlé, est préparé à plusieurs reprises au cours d'une période de cinq (5) jours, la deuxième demande de règlement (tout comme les suivantes) sera traitée à titre de solde dû de l'ordonnance originale ou encore de duplicata. Dans le cas d'un solde dû, des frais professionnels ne peuvent être réclamés dans le cadre d'une seconde transaction. Si la demande de règlement est considérée comme étant un duplicata de l'ordonnance originale, le paiement entier de la deuxième demande de règlement (et des demandes suivantes) sera récupéré par TELUS Santé.

Une seule exception serait possible dans le cas où le médicament serait permis dans le cadre du programme de pharmacothérapie initiale géré par TELUS Santé.

Approvisionnement en vue de vacances

Les groupes autorisent habituellement un approvisionnement de 34 jours pour les médicaments pris pour de courte durée de traitement, et de 100 jours pour les médicaments d'entretien. Toutefois, d'autres configurations sont possibles. Lorsqu'un titulaire de carte ou une personne à charge demande un approvisionnement pour vacances d'une durée supérieure aux limites standards, la pharmacie doit transmettre une seule demande de règlement avec le nombre exact de jours d'approvisionnement et utiliser le code d'intervention MV. Si le nombre de jours

de l'approvisionnement pour vacances dépasse le nombre de jours autorisé par l'assureur du titulaire de la carte, TELUS Santé réduira le paiement au coût de traitement pour le nombre de jours autorisés et la pharmacie pourra demander au titulaire de la carte de payer la différence. Le message retourné par le moteur d'adjudication sera « QUANTITE AJUSTEE ». Le titulaire de la carte peut alors soumettre manuellement une demande de règlement à son assureur pour le montant déboursé.

Piluliers

L'utilisation d'un pilulier peut faire l'objet d'un examen dans le cadre du processus d'audit, notamment une consultation avec le médecin ou la société d'assurances en ce qui concerne la convenance de l'usage. Veuillez vous assurer que vos dossiers comprennent l'ensemble de la documentation pour tout renouvellement ou toute nouvelle autorisation et le nom de la personne qui a demandé le pilulier.

TELUS Santé n'est responsable des multiples honoraires de préparation et de la majoration pendant un mois donné que si la commande de pilulier est demandée par un médecin. Dans le cas de médicaments de spécialité ou dont le coût est élevé

(p. ex., médicaments biologiques, traitement de l'hépatite C, traitement de maladies rares), la préparation d'une quantité réduite sera uniquement autorisée si cela est jugé raisonnable selon des lignes directrices pratiques acceptées et selon les antécédents du patient.

Si la pharmacie ou le détenteur de carte demande le pilulier, alors TELUS Santé ne paie des honoraires qu'une seule fois dans un mois donné (à l'exception du programme de pharmacothérapie). Le détenteur de carte devrait payer les frais supplémentaires encourus au cours de ce mois. Tous frais supplémentaires ou toute majoration facturés sans la documentation adéquate à l'appui seront facturés à la pharmacie par les services d'audit. Aucune lettre globale de quelque type que ce soit n'est acceptée. La documentation à l'appui d'une réduction du nombre de jours d'approvisionnement doit être clairement indiquée sur chaque nouvelle ordonnance. Les demandes de règlement liées au pilulier doivent être facturées de façon hebdomadaire, seulement lorsque 5 jours se sont écoulés (le 6e jour).

Cette mesure a pour but de s'assurer que TELUS Santé ne paie que le coût supplémentaire déboursé en raison d'une nécessité médicale déterminée par le médecin. Si un pharmacien ou un adhérent au régime a l'impression qu'il y a un problème d'observance, ils peuvent alors en discuter avec le médecin ayant prescrit le médicament. À ce moment, le médecin détermine ce qu'il y a de mieux à faire pour assurer une observance optimale de l'adhérent au régime.

Approvisionnement de remplacement (vol, perte ou endommagement d'ordonnances)

Le montant réglé doit correspondre au montant facturé électroniquement.

À l'exception des situations de pénurie ou de solde dû, la quantité distribuée doit correspondre à la quantité facturée électroniquement. Dans le cas contraire, ces règlements peuvent faire l'objet de mesures d'audit, de recouvrement et d'éventuelles mesures d'escalade. Par exemple, si un membre récupère des médicaments chaque mois, mais que la pharmacie facture ces règlements sur une base hebdomadaire, ces règlements feront l'objet d'un audit, d'un recouvrement et d'un renvoi potentiel aux organismes de réglementation en raison d'une pratique de facturation inappropriée.

Fournitures de remplacement (catastrophes naturelles)

Une catastrophe naturelle est définie par Sécurité publique Canada comme un « danger naturel qui touche les Canadiens dans la mesure où la communauté concernée a besoin d'aide pour faire face aux dommages causés aux personnes, et peut-être aux biens et à l'environnement environnants ». Les catastrophes naturelles comprennent, sans s'y limiter, les tremblements de terre, les inondations, les incendies de forêt, etc.

Lors d'une catastrophe naturelle, les pharmacies ne recevront plus de télécopie individuelle pour chaque événement qui se produit. TELUS Santé autorisera le renouvellement anticipé des médicaments perdus à la suite d'une catastrophe naturelle, et ce, jusqu'à un mois après l'événement. Les pharmacies sont tenues de documenter sur papier ou sur des notes « Remplacement dû à (insérer un secteur spécifique et une catastrophe naturelle) » à titre de référence. Ces demandes sont encore sujettes à un audit, par conséquent, une documentation complète est requise.

Procédure de soumission d'une demande de règlement dans le cas de fournitures pour diabétiques (excluant les appareils pour diabétiques)

Utilisez le pseudo-DIN attribué dans le formulaire provincial ou par TELUS Santé pour des articles précis pour diabétiques. Veuillez consulter le site <https://www.telus.com/fr/health/health-professionals/pharmacies/support-documents> pour obtenir la liste la plus à jour du pseudo-DIN pour les produits pour diabétiques ou communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies pour obtenir une copie papier de cette liste.

Au moment de traiter des demandes de règlement liées à des fournitures pour diabétiques par l'intermédiaire du réseau de TELUS Santé, la documentation adéquate est toujours requise pour toutes ces demandes de règlement, comme pour toutes les autres demandes effectuées au moyen du réseau TELUS. La documentation requise est la suivante : l'autorisation, écrite ou verbale, doit être reproduite à l'écrit (à l'aide d'un stylo sur du papier) sans quoi la demande de règlement peut être mise en attente, placée dans un registre, pour ensuite être traitée à partir de celui-ci. TELUS Santé n'acceptera plus d'ordonnances sous le générique « fournitures pour diabétiques » dans ses audits; elles devront plutôt être indiquées et détaillées de façon précise, p. ex., bandelettes de dosage de la glycémie, lancettes, pointes de stylos-injecteurs, aiguilles, etc. Une quantité précise doit être chiffrée dans l'ordonnance de façon à ce que la quantité totale et adéquate autorisée puisse être calculée.

Remboursement des glucomètres remis gratuitement ou offerts à prix réduit, ainsi que des frais de formation

Il incombe à la pharmacie de s'acquitter des impôts et autres taxes liés aux montants qui lui ont été versés pour rembourser les glucomètres qu'elle a remis gratuitement ou offerts à prix réduit aux patients, ainsi que des frais de formation qu'elle a engagés. En soumettant une demande de remboursement à l'égard des glucomètres remis gratuitement aux détenteurs de carte, la pharmacie atteste avoir acheté ces glucomètres à un prix correspondant approximativement à leur pleine valeur marchande, avoir remis ces glucomètres sans frais aux détenteurs de carte et n'avoir demandé aucune autre forme de remboursement à leur égard. En soumettant une demande de remboursement à l'égard des glucomètres offerts à prix réduit conformément aux directives du fabricant, la pharmacie atteste avoir acheté ces glucomètres à un prix correspondant approximativement à leur pleine valeur marchande, avoir offert ces glucomètres au prix réduit indiqué par le fabricant et n'avoir demandé aucune autre forme de remboursement à leur égard. Il convient par ailleurs de remplir les bons de garantie des appareils et de les transmettre au fabricant ou au tiers qui agit en son nom, conformément aux directives du fabricant. En soumettant une demande de remboursement à l'égard des frais de formation, la pharmacie atteste que le nombre de détenteurs de carte indiqué correspond bien au nombre de détenteurs de carte ayant reçu une formation et qu'elle n'a demandé aucune autre forme de remboursement à l'égard de ces frais.

Stocks de pharmacie – Vérification d'achat

TELUS Santé peut demander aux pharmacies de fournir des factures et tous autres documents pour justifier tous les stocks de pharmacie ayant été acquis, achetés et présentés à TELUS Santé aux fins de paiement. TELUS Santé a besoin de ces documents afin de valider les demandes de règlement au moyen des processus d'audit courants. Les demandes de règlement faisant l'objet d'une revue d'inventaire en pharmacie pourraient toutes être refusées si aucune facture à l'appui n'est fournie (par exemple, une demande de facture à l'appui faite lors d'une visite sur site ou à une date limite spécifiée).

Produits pour soulager les allergies

Les demandes de règlement concernant des produits du marché pour soulager les allergies auxquels on a attribué un DIN, mais qui sont fabriqués précisément pour des adhérents au régime individuels ne doivent pas être transmises à TELUS Santé par voie électronique. En raison de la nature individuelle de ces produits, il n'est pas possible pour notre système de maintenir une tarification exacte. Ces produits ne représentent pas des avantages en ligne pour les détenteurs de carte Assure Demandes de règlement de TELUS. Veuillez exiger le paiement en argent à l'adhérent au régime et lui demander de soumettre le reçu manuellement. Les demandes de règlement concernant des injections nécessaires pour l'immunothérapie qui ne sont pas fabriquées précisément pour des adhérents au régime individuels (p. ex., Pollinex R^{MD}) sont admissibles à la soumission en ligne.



Précisions sur la façon de facturer la suboxone et la méthadone

Depuis 2013, TELUS Santé a cessé de couvrir la méthadone comme préparation magistrale et a transféré la couverture à la solution de rechange offerte sur le marché, Methadose. En raison de ce changement, on a conseillé aux pharmacies de soumettre les demandes de règlement pour la méthadone comme des demandes de règlement normales de Methadose avec leur DIN respectif, puisque la méthadone n'est plus tenue pour une préparation magistrale.

Suboxone : La facturation des demandes de règlement serait basée sur l'indication du médecin en ce qui concerne le nombre de doses avec observation et le nombre de doses à emporter que reçoit le patient.

Exemple 1 - Méthadone (nom de marque/générique/en préparation magistrale si approprié/ permis) : TELUS Santé autorise des frais correspondant à une dose pour la dose avec observation et des frais correspondant à une dose pour chaque dose à emporter. Donc, pour une semaine, TELUS Santé autoriserait des frais de préparation pour la dose avec observation et des frais correspondant à une dose pour les six doses à emporter (sept doses au total).

Exemple 2 - Suboxone (générique) : TELUS Santé autorise des frais correspondant à une dose pour la dose avec observation et des frais correspondant à une dose pour toutes les doses à emporter. Donc, pour une semaine, TELUS Santé autoriserait des frais de préparation pour la dose avec observation et des frais correspondant à une dose pour toutes les doses à emporter restantes (deux doses au total).

Demandes de règlement fractionnées – Comment adéquatement facturer des demandes de règlement dont le montant est élevé

Lorsque le coût du médicament dépasse 9 999,99 \$, en raison des limites de la norme APhC3, les fournisseurs doivent fournir plusieurs demandes de règlement fractionnées plutôt qu'une seule demande de paiement.

Rappel :

- Au moment de fractionner une demande de règlement, chaque demande traitée doit être accompagnée du nombre total de jours d'approvisionnement auquel correspond la demande de règlement.
- Des frais de préparation doivent être réclamés une seule fois pour la quantité totale.
- Si un seuil de majoration a été appliqué à la première demande de règlement, les autres demandes doivent être soumises sans majoration (coût du médicament seulement).
- Veuillez utiliser le code d'intervention NA = demande de règlement valide – pour chaque demande subséquente de règlement traitée.

Exemple:

Une pharmacie facture une demande de règlement portant sur 28 comprimés de Sovaldi divisée en quatre demandes de règlement. Chaque demande de règlement serait facturée sous forme de 7 comprimés avec un approvisionnement de 28 jours (seule la première demande de règlement soumise devrait être accompagnée de frais de préparation et les autres demandes de règlement ne devraient pas en comporter).

Si la majoration payée pour la première demande de règlement a été réduite en fonction du seuil de majoration, chaque demande de règlement subséquente doit être soumise sans aucune majoration ni sans aucune majoration (coûts du médicament seulement).



Directives de soumission et d'admissibilité en ce qui a trait aux préparations magistrales

Une préparation magistrale est un produit que le pharmacien doit confectionner en mélangeant au moins deux ingrédients. Une fois les ingrédients combinés, on obtient une préparation **qui n'est pas vendue sur le marché**. Une préparation magistrale peut être présentée sous forme notamment de liquide, de capsule, de crème, d'onguent ou de sac pour perfusion intraveineuse. On appelle parfois les préparations magistrales des mélanges ou des mélanges extemporanés.

Vérifications préparations magistrales

Pour les détails concernant les directives de soumission et d'admissibilité liés aux préparations magistrales de TELUS, référez à notre police sur les préparations magistrales disponible au lien <https://www.telus.com/fr/health/health-professionals/pharmacies/support-documents>.

Si des précisions supplémentaires sont nécessaires, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux demandes de règlement pour les pharmacies TELUS Santé Assure au 1 800 668-1608 pour vérifier les préparations magistrales lorsque la zone de couverture n'est pas évidente. Le Centre Contact Client validera le DIN ou le NIP appropriés aux fins d'adjudication. Veuillez noter que le mandataire ne sera pas en mesure de valider les frais d'une préparation magistrale et que toutes les préparations magistrales resteront sujettes à un audit.

Règles de soumission

Aussi souvent que possible, nous exigeons que vous transmettiez les demandes de règlement concernant une préparation magistrale en utilisant le DIN de l'ingrédient médicinal principal de la préparation magistrale en question (le cas échéant). Ainsi, l'admissibilité du DIN ou du pseudo-DIN que vous avez transmis sera vérifiée en ligne.

Par exemple :

- Dans le cas d'une crème magistrale en parts égales d'une crème à 1 % d'hydrocortisone et d'une crème à 2 % de kétoconazole, transmettez la demande de règlement en indiquant le DIN de la crème de kétoconazole et le code de la préparation magistrale approprié. La crème de kétoconazole est l'ingrédient le plus coûteux et constitue donc l'ingrédient médicinal principal du médicament magistrale.
- Poudre d'hydrocortisone avec clotrimaderm crème -- soumettre avec le DIN de clotrimaderm crème et le code approprié pour la préparation magistrale.

Si vous devez utiliser le pseudo-DIN d'une préparation magistrale (p. ex., 00991186, 00099984) pour soumettre une demande de règlement, nous vous recommandons fortement de consulter le présent document afin d'en confirmer l'admissibilité avant de soumettre la demande de règlement.

Exigences relatives aux mélanges

TELUS Santé exige la documentation suivante relativement à une préparation magistrale, et ce, pour toutes les préparations, y compris celles achetées auprès d'une pharmacie externe.

Les renseignements sur chaque dossier de préparation doivent notamment inclure ce qui suit :

- Nom, numéro de lot et dates d'expiration des matières premières, si ces renseignements sont disponibles
- Quantité exigée et quantité réellement pesée
- Date de préparation et d'expiration
- Initiales du préparateur et/ou du pharmacien responsable de la préparation et de la vérification de la copie papier
- Formule écrite utilisée
- Toute autre documentation exigée par l'autorité réglementaire provinciale
- Le coût facturé pour chaque ingrédient
- Frais de temps de préparation (le cas échéant)
- Autorisation de l'ordonnance originale

Veillez noter que tous les renseignements détaillés doivent avoir été produits par ordinateur, à partir du logiciel utilisé par la pharmacie. TELUS Santé n'acceptera pas de documents manuscrits ni d'étiquettes secondaires. Les documents manuscrits et les étiquettes secondaires peuvent entraîner le recouvrement du montant intégral de la demande de règlement puisqu'ils sont considérés comme étant un défaut de produire les documents requis.

Reproduction d'un produit du commerce

Tout produit magistral analogue à un produit du commerce est exclu de la couverture. Si le produit du commerce n'est pas offert (p. ex., en rupture de stock), la préparation magistrale peut faire l'objet d'une exception temporaire jusqu'à ce que le produit du commerce redevienne disponible. Lorsque cette situation se produit, téléphonez au Centre de soutien aux pharmacies Assure Demandes de règlement de TELUS Santé au 1-800-668-1608 pour vérifier l'admissibilité du produit du commerce.

Codes de préparations magistrales non inscrits

0 = Crème topique magistrale	5 = Poudre magistrale à usage interne
1 = Onguent topique magistral	6 = Injection ou infusion magistrale
2 = Lotion externe magistrale	7 = Gouttes oculaires ou auriculaires magistrales
3 = Liquide magistral à usage interne	8 = Suppositoire magistral
4 = Poudre magistrale à usage externe	9 = Autre préparation magistrale

Toutes les demandes de règlement concernant des préparations magistrales doivent être soumises avec le bon code de médicament magistral non inscrit. Cette règle comporte certaines exceptions, par exemple Remicade® et la méthadone. Veuillez consulter l'Annexe 6 pour connaître les préparations magistrales courantes qui possèdent un pseudo-DIN particulier et des règles de soumission.

Préparations magistrales non admissibles

- Produits du commerce de même dosage disponibles
- Ingrédient principal non couvert par le régime de l'adhérent
- Produits naturels
- Produits homéopathiques
- Produits à usage cosmétique
- Produits contenant une base ou un ingrédient non admissible (consultez la liste ci-dessous) ou sous un format non admissible

Bases, ingrédients et formats non admissibles : Les produits chimiques, les médicaments et les formats indiqués dans les listes ci-dessous ne sont pas admissibles en vertu de nos régimes, même s'ils sont mélangés à un médicament d'ordonnance ou à un produit considéré comme un avantage admissible.

Bases non admissibles (de plus, toutes les bases ayant un FPS sont non admissibles)		
Acide alpha-hydroxylé	GlyDerm	Pond's – gamme de produits
Acide alpha-hydroxylé – sérum	Glyquin	Porcelana
Aminophylline – crème pour les cuisses	Complexe d'acide hyaluronique – crème	Rejuva
Aveeno – produit clarifiant	Kinerase	Renova
Aveeno – produits avec FPS	La Roche-Posay – gamme de produits	Renutriate Restorative - gamme de produits
Benoquin (monobenzone) (Benzoquin)	Lubriderm – produits avec FPS	Reversa – gamme de produits
Biobase-G	Lustra – gamme de produits	Solage
Biotherm – gamme de produits	M.D. Forte	SkinCeuticals - gamme de produits
Dermophil, lotion	Marcelle – gamme de produits	Solaquin
Dilusol AHA	Neostrata – gamme de produits	Ultraquin
Dormer 211 FPS	Neutrogena – gamme de produits	Vichy – gamme de produits
Eldopaque	Nivea – gamme de produits	Viquin Forte
Eldoquin	Noxzema – gamme de produits	Vitamine E – base
Formula 405	Ombrelle – gamme de produits	

Ingrédients non admissibles		
Chlorohydroquinone	Acide lipoïque	Triamcinolone topique (lorsque mélangé à de l'eau distillée et de l'alcool)
Acide glycolique	Acide mandélique	Vitamine K topique
Hydroquinone	Rétinol	Yohimbine
Acide kojique	Dioxyde de titane	Acide férulique
Minoxidil (pour usage cosmétique)	Acide hyaluronique/hyaluronate de sodium	

Formes ou formats non admissibles

Peu importe les médicaments ou les produits chimiques ajoutés, les préparations magistrales préparées sous les formes indiquées dans la liste ci-dessous (mais ne s’y limitant pas) ne sont pas admissibles en vertu de tous les régimes :

Bonbons gélifiés	Produits à libération soutenue	Trochisques
Pastilles	Produits à action prolongée	Pansements
Sucettes	Produits à libération programmée	

Il se peut qu’un ingrédient, qu’une base ou qu’une forme inadmissible soit couvert exceptionnellement par le détenteur de carte individuel seulement. Veuillez confirmer auprès de l’adhérent au régime qu’il a obtenu l’approbation relative à la préparation magistrale en particulier (auquel cas, l’assureur lui aura communiqué le pseudo-DIN à utiliser).

Préparations magistrales admissibles

Une préparation magistrale est admissible si l’ingrédient médicinal principal qu’il renferme est couvert en vertu du régime du détenteur de carte.

Important : Même s’il est possible d’accepter en ligne un DIN ou un pseudo-DIN avec une ordonnance admissible, si ce médicament a été mélangé à une préparation magistrale renfermant un ingrédient ou une base inadmissible, ou s’il est offert dans un format inadmissible, la préparation magistrale sera jugée inadmissible et des frais s’appliqueront.

Liste complète des pseudo-DIN pour préparations magistrales – TELUS Santé

NIP	Nom complet	Critères d’admissibilité complets (ingrédient médicinal actif principal)
00991186	Acide salicylique topique (40 % ou plus)	Concentration de 40 % ou plus
00991187	Antibiotiques topiques	Clindamycine Érythromycine Métronidazole Néomycine Amikacine Céfazoline Vancomycine Gentamycine Tobramycine
00991188	Corticostéroïdes magistraux	Hydrocortisone (plus de 1 %) Bétaméthasone Clobétasol Désonide Dexaméthasone Triamcinolone

00991189	Traitements de fertilité magistraux	Citrate de clomiphène Metformine
00990054	Traitements de fertilité magistraux – suppositoires progestatifs	Suppositoires progestatifs Progesterone
00991190	Traitements dermatologiques magistraux	Contenant du goudron de houille (10 % ou plus) Soufre (8 % ou plus) Doxépine Acide lactique (> 17 %) Chlorméthine Sucralfate Sulfacétamide Thiabendazole Urée Vérapamil
00991191	Antidouleurs topiques (avec ou sans narcotiques)	Phénytoïne Gabapentine Clonidine Amitriptyline Amantadine Cyclobenzaprine Baclofène Prégabaline
00991192	Antidouleurs topiques (narcotique : ingrédient médicinal actif principal)	Morphine Oxycodone Méthadone Codéine
00991193	Antifongiques magistraux	Ciclopirox Itraconazole Kétoconazole Clotrimazole Nystatine Miconazole
00991194	Préparations magistrales administrés par voie intranasale	Hydroxocobalamine Mupirocine Ocytocine Solution de Wilson (gentamicine dans une solution saline) Méthylprednisolone
00991195	Suppositoires magistraux	Diazépam Codéine Morphine Baclofène

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	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. Les gélules seront remboursées en tant que produit, mais ne sont pas incluses en tant qu'ingrédient actif dans le calcul du temps.

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
	8	20 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)
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 écraser un comprimé ou ouvrir une capsule (p. ex., si la poudre n'est pas offerte), ajoutez 10 minutes au temps admissible.
N ^{bre} d'ingrédients	Temps admissible total	
2	10 minutes au temps admissible.	
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

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
Contour Next EZ	55555554
Contour Next One	55555559
Contour Next Gen	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
One Touch Verio Flex System Kit	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 ou sur le côté de la boîte du glucomètre.

Le no de série se trouve à l'arrière du glucomètre.	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 d'une demande n'exclut pas un futur audit. Si, au cours d'un audit, il s'avère que des renseignements ou des processus inappropriés ont mené à l'adjudication de la demande, TELUS Santé se réserve le droit de recouvrer les paiements déjà effectués à n'importe quel moment au cours de l'entente entre le fournisseur et TELUS Santé. 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.

Période de retenue de paiement

TELUS Santé peut implémenter une période de suspension de paiement pouvant aller jusqu'à 30 jours pour les demandes de règlement soumises par un fournisseur de services pharmaceutiques au cours d'un audit en cours ou comme identifié par notre outil de détection des anomalies de réclamations, si cela est jugé nécessaire en raison d'un motif d'actes répréhensibles intentionnels, notamment :

- a) Preuve de fabrication, de falsification ou d'absence de prescriptions/autorisations pour étayer les réclamations traitées.
- b) Preuve de fabrication, de falsification ou d'absence de conservation de registres appropriés pour étayer les réclamations traitées (par exemple, les factures d'achat stocks).
- c) Preuve de pratiques de facturation abusives, d'actes répréhensibles intentionnels ou de négligence grave (par exemple, manipulation des frais).
- d) Plaintes vérifiées de plusieurs participants concernant une pharmacie qui soumet des demandes de règlement sans l'autorisation du médecin ou du réclamant.
- e) Preuve d'habitudes de facturation irrégulières par une pharmacie.
- f) Preuve de tendances irrégulières en matière de demandes de remboursement d'ordonnances au sein d'un groupe ou d'une cohorte spécifique de réclamants dans une pharmacie, qui ne peuvent être vérifiées par la sensibilisation des participants en raison d'une collusion potentielle.

Pendant la période de retenue, les paiements pour les réclamations soumises seront temporairement suspendus. Suite aux résultats définitifs de l'audit, les paiements liés aux demandes de règlement présentées pendant la période de retenue seront crédités vers le montant de recouvrement de l'audit, à moins que d'autres arrangements de paiement soient conclus avec TELUS Santé.

TELUS Santé se réserve le droit d'implémenter une période de suspension subséquente de 30 jours, si un audit en cours le justifie, sujet à des violations sévères.

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 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, des dossiers de point de vente (PDV) peuvent être demandés pour confirmer si un adhérent au régime a reçu le médicament réclamé par adjudication électronique. Les registres de point de vente ne seront recherchés que lorsque la technologie existe car TELUS Santé reconnaît que toutes les pharmacies ne disposent pas d'un logiciel de point de vente. Le service d'audit de TELUS Santé traitera ces demandes. Le non-respect de ces demandes entraînera le rajustement des demandes à la pharmacie.

Au cours des vérifications sur place, les vérificateurs ont le droit de valider et de superviser la cueillette des ordonnances des patients en demandant au personnel de la pharmacie d'examiner les ordonnances qui restent dans la zone de ramassage des ordonnances de la pharmacie. Si l'on détermine qu'une ordonnance n'a pas été récupérée dans les 90 jours suivant la date de soumission de la demande de règlement, TELUS Santé se réserve le droit de recouvrer le paiement de la demande de règlement d'ordonnance. Ce processus de vérification permet d'assurer l'exactitude des demandes de règlement et d'éviter la facturation inappropriée pour des médicaments non récupérés.

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».

Lorsqu'une pharmacie est désactivée, il est interdit de transférer des ordonnances à une pharmacie ayant un numéro de fournisseur TELUS actif uniquement à des fins de facturation tout en continuant à distribuer des médicaments à l'emplacement désactivé. Cette pratique n'est pas permise, car elle contourne les normes d'agrément de TELUS et la pharmacie désactivée n'a plus de contrat valide avec TELUS.

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

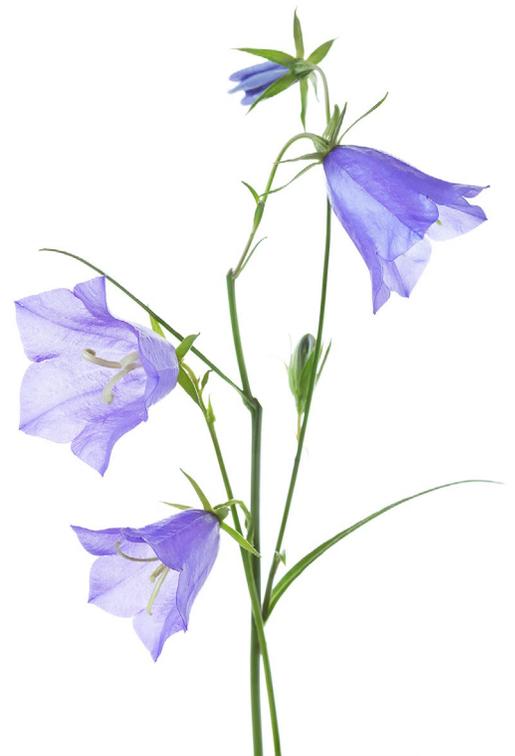
Lorsqu'un fournisseur de services de pharmacie fait l'objet d'un audit par TELUS Santé, une cote d'audit est attribuée à la pharmacie une fois l'audit vérifié et classé. Dans certains cas, TELUS Santé peut désactiver un fournisseur de services de pharmacie si la note d'audit indique un échec. La note 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. Les demandes de prestation coordonnées traitées par l'intermédiaire du réseau de TELUS Santé font l'objet d'une vérification.

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 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 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



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 extemporanés dans lesquels un ingrédient est un médicament admissible, ne contenant aucun ingrédient jugé inadmissible (voir préparations magistrales non admissibles, page 49) 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 | · anticoagulants |
| · antiparkinsoniens | · agents cardiaques |
| · agents antihypoglycémiques | · remplacements de potassium |
| · antibiotiques contre l'acné | · anticonvulsifs |
| · antidépresseurs | · hormonothérapie substitutive |
| · contraceptifs transdermiques ou oraux | · 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.

Plan members opting to use more expensive alternatives will be required to pay the difference

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 (esoméprazole) 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/>.

Veillez 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/renseignements-sur-le-fournisseur-du-rssf/apercu/>

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 ».

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 exécutent des ordonnances en vertu de la loi (y compris les pharmacies secondaires ou éloignées) et qui souhaitent se connecter au réseau et au système de services de TELUS Santé sont tenues de demander un numéro de fournisseur.

Pour demander un numéro de fournisseur auprès des assureurs tiers clients de TELUS Santé et du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le gestionnaire ou propriétaire désigné de la pharmacie doit remplir le formulaire de demande en ligne qui se trouve sur la page de soutien aux pharmacies de TELUS Santé à l'adresse <https://www.telus.com/fr/health/health-professionals/pharmacies/support-documents>. TELUS Santé se réserve le droit de vérifier en tout temps les renseignements fournis par le gestionnaire ou propriétaire désigné de la pharmacie. TELUS Santé se réserve le droit d'accepter ou de refuser une demande visant un compte.

Si vous achetez une pharmacie, veuillez faire preuve de diligence raisonnable en vous assurant que la pharmacie est en règle auprès de TELUS Santé et qu'elle peut soumettre des demandes de règlement à notre réseau. Réfléchissez au libellé du contrat et mettez en place des méthodes pour protéger l'acheteur.

Exigences relatives à la demande

Veuillez suivre attentivement les directives qui figurent sur le formulaire de demande. Si vous ne pouvez pas fournir des documents lisibles et valides, votre demande sera refusée.

Les documents suivants doivent accompagner la demande :

- Spécimen de chèque annulé ou lettre bancaire
- Preuve d'accréditation auprès de l'organisme provincial régissant l'exercice de la pharmacie
- Preuve des statuts d'incorporation
- Copies de pièces d'identité avec photo délivrées par le gouvernement
- Certificat d'actions

TELUS Santé ne peut attribuer ou activer un numéro de fournisseur au demandeur qu'une fois que l'organisme d'accréditation provincial du fournisseur a validé ses renseignements. Si vous n'avez pas encore reçu de confirmation d'autorisation ou d'accréditation de la part de l'organisme provincial, veuillez soumettre votre demande. Nous communiquerons avec vous par la suite pour obtenir ce renseignement.

Demande visant la mise à jour du profil de fournisseur

Chaque fois qu'un changement touche la pharmacie dans l'une des catégories énumérées ci-dessous, le gestionnaire, propriétaire ou signataire autorisé désigné de la pharmacie doit en informer TELUS Santé afin que le profil de fournisseur puisse être mis à jour.

Pour demander une mise à jour du profil de la pharmacie, remplissez le formulaire de demande de mise à jour qui se trouve dans le Portail des pharmaciens-fournisseurs de TELUS Santé et sur la page de soutien aux pharmacies de TELUS Santé à l'adresse <https://www.telus.com/en/health/health-professionals/pharmacies/support-documents>. Veuillez noter que les mises à jour sou- mises s'appliquent à la fois aux numéros de fournisseur du système Assuré et du Régime de soins de santé de la fonction publique.

Veillez aviser TELUS Santé de toute modification à apporter aux renseignements sur la pharmacie avec un préavis de deux semaines. Si vous ne pouvez pas fournir une version lisible et valide des documents requis, le traitement de ces modifications sera retardé.

Pour consulter le profil de votre pharmacie qui existe dans les systèmes de TELUS Santé, utilisez l'option Profile Review (consultation du profil) dans le Portail des pharmaciens-fournisseurs de TELUS Santé.

Types de mises à jour aux profils pharmacies :

- La mise à jour des informations des pharmacies telles que l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de fax ou le courriel
- Le nouveau frais d'ordonnance (C.-B., Ont. et les territoires seulement)
- Le changement à l'option de paiement existante
- Le changement au compte bancaire
- Le nouveau gestionnaire de pharmacie assigné

Si votre pharmacie a effectué un changement de nom légal ou de propriété (y compris mais pas limité à un bien ou une acquisition d'actions), une nouvelle application pour devenir un pharmacien-fournisseur de TELUS santé doit être soumise.

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.

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. Frais administratifs

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. TELUS ne tiendra pas compte des propriétaires ou des actionnaires en cas de préoccupations disciplinaires liées à des questions d'éthique ou de facturation.

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. If your pharmacy location is reapplying to TELUS Health after a deactivation, and your ownership is different than what it was at the time of deactivation, the deposit structure will be:
 - 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 devrait soumettre le formulaire d'application standard en ligne pour devenir un pharmacien-fournisseur de TELUS. Dès que l'équipe des services aux fournisseurs a identifié votre pharmacie comme ayant passé le temps d'attente minimum de deux ans, l'équipe vous enverra un addenda pour l'application du compte – le formulaire d'accréditation avancée. Vous devez remplir ce formulaire au complet et le soumettre à l'équipe des services aux fournisseurs. À partir de cela, l'équipe vous fera part du montant du frais administratif. Après que le montant a été payé au complet, TELUS Santé commencera l'évaluation de votre application et vous serez contacté par Sterling pour compléter la vérification d'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'Assurance 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.
Franchise	Un montant en dollar établi qui doit être payé par le détenteur de carte ou la personne à charge avant l'entrée en vigueur des garanties santé. Les franchises sont habituellement revues chaque année (p. ex., 10,00 \$/50,00 \$), mais cela ne coïncide pas nécessairement avec le début d'une nouvelle année civile.
Gestionnaire de régime d'assurance médicaments	Une entreprise (comme TELUS Santé) qui procède à l'adjudication de demandes de règlement électroniques de pharmacies accréditées ayant signé une entente de fournisseur.
Médicament de maintien et médicament à action immédiate	Les médicaments de maintien sont ceux utilisés à long terme, p. ex., les médicaments pour la thyroïde ou la tension artérielle. Les médicaments à action immédiate sont ceux pris à court terme, p. ex., les antibiotiques et les antitussifs.
Médicament de substitution le moins coûteux	Le coût à l'unité le plus bas établi pour un médicament parmi un ensemble de génériques équivalents. Un régime avec un avenant pour médicaments génériques permet de rembourser le pharmacien selon le coût le plus bas pour un médicament générique.
Numéro du problème	Numéro de deux chiffres (habituellement 01) qui agit à titre de contrôle s'il y a vol ou perte d'une carte. Il est essentiel de s'assurer que le numéro émis le plus actuel est enregistré.
Prescripteur autorisé	Il s'agit d'un médecin, d'un chirurgien, d'un dentiste ou d'un autre professionnel de la santé prescripteur en règle auprès de leur organisme de réglementation, selon lequel les lois provinciales permettent à ces personnes de faire des ordonnances. TELUS Santé respecte toute restriction provinciale concernant les pratiques d'ordonnance des professionnels énumérés ci-dessus (p. ex., une liste précise de médicaments à partir de laquelle le praticien peut faire son ordonnance).
Période de règlement	Le calendrier de paiement déterminé par la pharmacie. Les options comprennent le transfert
Prix de base de référence (PBR)	électronique de fonds le jour suivant, deux fois par mois ou tous les 30 jours.

Programme de pharmacothérapie de maintien	Un programme facultatif conçu pour encourager l'ordonnance d'un plus grand nombre de jours d'approvisionnement destiné aux détenteurs de carte qui prennent des médicaments de maintien ou à action immédiate pour une longue période et pour lesquels un traitement a été prévu.
Programme de pharmacothérapie initiale	Un programme facultatif conçu pour promouvoir l'approvisionnement de plus petites quantités de médicaments d'ordonnance ayant des probabilités d'effets secondaires élevées, et ce, lorsque le détenteur de carte n'a pas utilisé le médicament auparavant.
Preneur du régime	L'employeur ou l'organisation qui paie pour l'assurance.
Quote-part	Un montant en dollar établi et appliqué à chaque ordonnance individuelle exécutée (p. ex., 2,00 \$ ou 5,00 \$ par ordonnance).
Quote-part proportionnelle	Les employeurs paieront un pourcentage des premiers « x » dollars dépensés et ensuite un pourcentage différent sur toutes les demandes de règlement au-delà de cette limite.
Remboursement électronique	Vérification de la couverture et de l'admissibilité en ligne donnant lieu au règlement de la demande en temps réel.
Réseau ou option de fournisseurs privilégiés	Les employeurs peuvent décider que les ordonnances de leurs participants soient préparées dans certaines pharmacies ou chaînes de pharmacies. Celles-ci conviennent de fournir des services additionnels de contrôle des médicaments d'ordonnance au point de vente.
Transfert électronique de fonds	Le transfert d'argent sans papier d'un compte bancaire à un autre.

Annexe 5

Raisons courantes de rejet

1. DIN non couvert

Le message de rejet indique que le DIN/pseudo-DIN n'est pas couvert par le régime. Le détenteur de carte doit lui-même payer les frais de l'ordonnance ou communiquer avec son médecin afin de valider si un autre médicament peut lui être prescrit.

2. Carte non valide

Lorsque ce message apparaît, il indique que la carte n'est pas active pour le moment. Le détenteur de carte doit communiquer avec l'administrateur du régime pour régler le problème. Le détenteur de carte doit alors payer pour l'ordonnance.

3. Carte annulée

Lorsque ce message apparaît, il indique que la couverture a été annulée. Le détenteur de carte doit communiquer avec l'administrateur du régime pour régler le problème. Le détenteur de carte doit alors payer pour l'ordonnance.

4. Couverture unique pour le détenteur de carte

Ce message indique que le détenteur de carte n'a inscrit aucune personne à charge à son régime d'avantages sociaux. Le détenteur de carte doit communiquer avec l'administrateur du régime pour régler le problème. Le détenteur de carte doit alors payer pour l'ordonnance.

5. Enfant à charge ayant dépassé l'âge limite et non inscrit

Une fois qu'un enfant à charge atteint l'âge limite (18, 19 ou 21 ans par exemple), celui-ci doit être inscrit comme enfant à charge ayant dépassé l'âge limite. Le détenteur de carte doit communiquer avec l'administrateur du régime pour régler le problème. Le détenteur de carte doit alors payer pour l'ordonnance.

6. Renseignements incorrects à propos du détenteur de carte (habituellement la date de naissance)

Veillez vérifier si le code de parenté et la date de naissance ont bien été entrés pour le détenteur de carte. Si vous éprouvez encore des difficultés, veuillez consulter la section 4, Date de naissance erronée, à la page 15, ou communiquer avec le Centre de soutien aux pharmacies pour obtenir de l'aide.

7. Autorisation préalable requise

Si vous recevez ce message de rejet, le détenteur de carte doit obtenir le formulaire de demande approprié dans le cadre du programme d'autorisation préalable de son employeur ou en allant sur le site web de son assureur. Le détenteur de carte et son médecin doivent remplir le formulaire. Une fois celui-ci approuvé, les Services aux pharmacies communiqueront avec vous ou avec le détenteur, comme indiqué dans le formulaire, pour fournir le résultat. De plus, une fois la demande de règlement approuvée, aucune autre demande d'autorisation préalable n'est requise, à moins que cela ne soit demandé par notre système. Dans certains cas, les paiements sont assujettis aux restrictions annuelles ou aux montants maximums totaux.

8. Autorisation de l'assureur requise

Si vous recevez ce message de rejet ou celui-ci « LE DÉTENTEUR DOIT COMMUNIQUER AVEC L'ASSUREUR POUR OBTENIR UN FORMULAIRE D'AUTORISATION », le détenteur de carte n'est pas admissible à une autorisation préalable. Il doit communiquer directement avec l'administrateur du régime pour obtenir l'approbation de la couverture du médicament en question.

Annexe 6

Pseudo-DIN pour préparations magistrales courantes

REMARQUE : L'utilisation de ces pseudo-DIN ne déterminera que l'admissibilité. Si des bases, des ingrédients ou des formats non admissibles sont utilisés dans la préparation magistrale, celui-ci peut quand même être jugé non admissible lors d'une vérification. On a conseillé aux pharmacies de soumettre les demandes de règlement pour la méthadone comme des demandes de règlement normales de Methadose avec leur DIN respectif, puisque la méthadone n'est plus considérée comme une préparation magistrale. (Plus de précisions à la page 40 and 41)

	NIP/pseudo-DIN	Notes
Méthadone	Varie par province (voir ci-dessous)	Soumettre sans utiliser un code de la préparation magistrale non inscrit, le coût doit comprendre tous les frais de composition (frais soumis séparément).
Colombie-Britannique pseudo-DIN pour traitement d'entretien	66999997	Methadose 10mg/ml intervention
	66999998	Methadose 10mg/ml pas d'intervention
	66999999	Methadose 10mg/ml intervention, livré
	67000000	Methadose 10mg/ml pas d'intervention, livré
Colombie-Britannique	N/D	En C.-B., les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles au régime, les pharmacies doivent utiliser Methadose.
Alberta	N/D	En Alberta, les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles au régime depuis le 1 ^{er} septembre 2013.
Saskatchewan	00990043	
Manitoba	N/D	Au Manitoba, les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles au régime depuis le 19 janvier 2015.
Ontario	N/D	En Ontario, les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles au régime depuis le 1 ^{er} septembre 2014.
Québec	00907561	
Nouveau-Brunswick	00999734	
Nouvelle-Écosse		
Terre-Neuve-et-Labrador	N/D	Les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles à Terre-Neuve-et-Labrador depuis le 1 ^{er} février 2015.
Île-du-Prince-Édouard	N/D	À l'Île-du-Prince-Édouard, les magistrales de méthadone ne sont plus admissibles au régime depuis le 17 février 2014.
Programme des services de santé non assurés (SSNA) – demandes de règlement en coordination des prestations seulement	00908835	
Capsules de méthadone	00990103	
C.-B. Méthadone (pour apaiser la douleur)	66124065	Suppositoires de méthadone pour apaiser la douleur
	66124066	Méthadone pour apaiser la douleur 1 mg/ml
	66124067	Méthadone pour apaiser la douleur 2 mg/ml
	66124068	Méthadone pour apaiser la douleur 5 mg/ml
	66124069	Méthadone pour apaiser la douleur 10 mg/ml
	66124070	Méthadone pour apaiser la douleur 20 mg/ml
	66124071	Méthadone pour apaiser la douleur 25 mg/ml

	NIP/pseudo-DIN	Notes à utiliser
Suppositoires progestatifs	00990054	Pour toutes les doses. REMARQUE : exclut 100 mg, car semblable à Endometrin®.
Préparations magistrales topiques progestatifs	90800233	Pour toutes les doses.
Remicade®	DIN du produit	Soumettre sans code de préparation magistrale non inscrite, le coût doit comprendre tout le temps de préparation.
Préparations magistrales topiques de testostérone	90800234	Pour toutes les doses. REMARQUE : pour la testostérone, pas de couverture si semblable à Androgel® ou à Androderm®.
Préparations magistrales estrogéniques topiques (contenant estriol/estrone/estradiol)	00990111	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques	00999984	Pour toutes les doses. REMARQUE : pour le diclofénac, pas de couverture si semblable à Pennsaid® ou à Voltaren Emulgel®.
Diclofénac topique		
Ibuprofène topique		
Indométacine topique		
Kétoprofène topique		
Naproxène topique		

Index

A

Âge	15, 16, 61, 73, 75, 103, 106
Aiguille	43, 79
Alberta	55, 74, 108
Annulation de demande de règlement	23
APhC3	16, 38, 45, 74, 80, 82, 83, 84, 103
Approvisionnement en vue de vacances	41
Assureur	8, 9, 12, 13, 22, 42, 50, 60, 61, 64, 65, 66, 73, 75, 76, 80, 82, 88, 90, 91, 92, 95, 103, 104, 106, 107
Audit	9, 22, 23, 37, 42, 43, 44, 56, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 77, 89, 97, 98, 99, 100
Audits en pharmacie	66
Autorisation	9, 21, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 48, 66, 67, 76, 85, 86, 87, 90, 91, 95, 104, 106, 107
Autorisation de l'assureur requise	91, 107
Autorisation préalable	9, 85, 86, 90, 91, 106, 107
Autorisation préalable requise	106
Autorisations de renouvellement verbales	34

B

Bases non admissibles	49
-----------------------	----

C

CAA	73, 103
Carte annulée	106
Carte Assure Demandes de règlement de TELUS	9, 11, 12, 13, 14, 22, 29, 34, 44, 103
Carte non valide	106
Centre de soutien aux pharmacies	8, 9, 10, 17, 18, 22, 23, 24, 27, 40, 41, 43, 48, 52, 56, 58, 62, 65, 76, 94, 97, 106
Changement de propriétaire	23
Choix de prix croisé	82
Coassurance	15, 30, 31, 103
Code de parenté	12, 16, 21, 106
Codes de préparations magistrales	48
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance	9
Communication avec les détenteurs	71
Conseils au sujet de la fraude	30, 32, 72, 73, 74, 108
Coordination des prestations	73, 103
Coût d'acquisition actuel	106
Couverture unique pour le détenteur	33, 79
CSPAAT	

D

Date de naissance	16, 21, 22, 56, 106
Date de naissance erronée	22, 106
Demande de règlement désuète	23
Demandes de règlement papier	9, 22
Détenteur principal	14, 16, 103
Diabétique	29, 43, 92, 94, 102
DIN non couvert	58, 91, 106
Documentation	34, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 48, 61, 64, 66, 68
Dosage minimum ou maximum	61, 62

E

EDI	9, 14, 16, 24, 29, 38, 80, 103
Entente de fournisseur	9, 26, 27, 30, 64, 66, 99, 104
Entretien	41, 108
Exception liée au détenteur	104
Exemple de carte Assure Demandes de règlement	12

F

Formats non admissibles	49, 50, 108
Formulaire national d'Assure Demandes de règlement de TELUS Santé	9, 30, 37, 43, 79, 90, 91, 95, 96, 97, 101, 104, 106, 107
Franchise	9, 15, 16, 30, 31, 73, 84, 103, 104

Identification de l'assureur	13
Interaction de médicaments	61, 62
Insuline	79, 80, 92

L

Lancette	43, 79, 80
----------	------------

M

Manitoba	55, 75, 76, 108
Médicament à action immédiate	104
Médicaments pouvant comporter	40
Montants pouvant être perçus des détenteurs	27, 30
Maximum pour les frais professionnels Frais maximums	15

N

Nombre de jours d'approvisionnement	33, 42, 61, 62, 81, 87, 88, 105
Numéro d'identification	12, 13, 15, 58, 68, 79, 99, 100
Numéro d'identification du détenteur	13
Numéro de certificat	13, 58
Numéro de police	13
Numéro du problème	104

O

Ontario	33, 55, 56, 73, 74, 79, 108
Options de paiement des pharmacies	25
Ordonnances verbales	34

P

Paiement 30 jours suivant la date de la transaction	25
Paiement deux fois par mois	25
Paiement différé	27, 31, 32
Paiement le jour suivant	25
PBR	82, 83, 104
PCM	83
Période de règlement	104
Personne à charge	12, 14, 15, 16, 21, 41, 104, 106
PMO	73, 74
Prix coûtant maximal	83, 84
Prix de base de référence	82, 83, 104
Programme d'autorisation préalable	90, 91, 106
Programme de gestion des inscriptions provinciales	75
Programme de médicaments de l'Ontario	56, 73, 74
Preneur du régime	31, 82, 84, 104, 105
Préparations magistrales	47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 65, 67, 79, 80, 108, 109
Préparations magistrales admissibles	50, 52
Préparations magistrales non admissibles	49, 52, 79
Prescripteur autorisé	37, 38, 104
Pseudo-DIN	43, 47, 48, 50, 56, 58, 87, 88, 94, 102, 106, 108, 109

Q

Quote-part	31, 105
------------	---------

R

Remboursement électronique	14, 105
Renseignements incorrects à propos du détenteur	106
Revue de l'utilisation des médicaments	16, 33, 40, 59, 60, 61, 62

S

Saskatchewan	55, 75, 76, 108
Seringue	54, 79
Sexe	61
Surfacturation	27, 67

T

Tarifcation	26, 27, 29, 33, 44
Transactions de règlement	24
Transfert électronique de fonds	8, 105

U

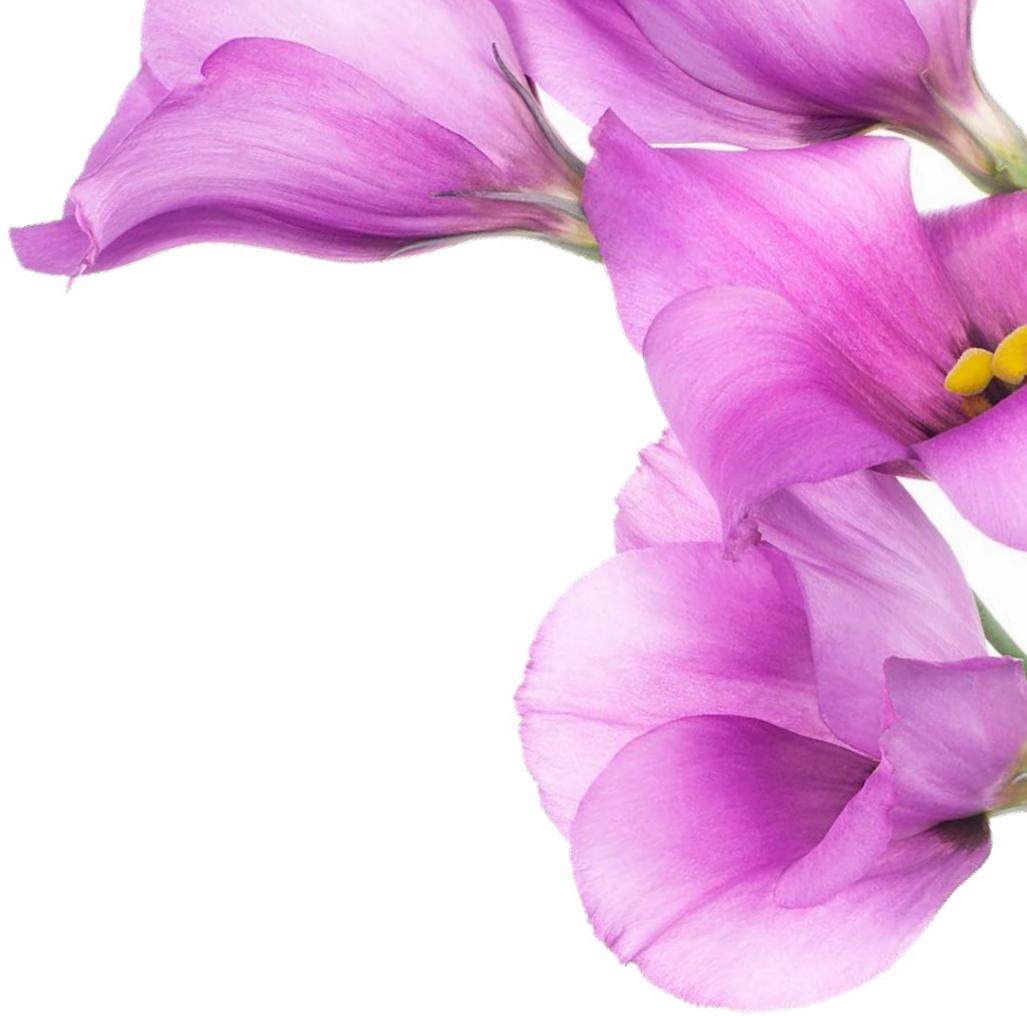
Usage limité	74
--------------	----

V

Vérification relative à une préparation magistrale	56
--	----

W

WSBC	13, 33, 79, 81
WorkSafe BC	13, 33



Visitez telussante.com

