

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 médicaments

Section 8

Types de régimes d'assurance médicaments

Couverture

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

Habituellement, nos régimes complets permettent ce qui suit :

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

Régimes génériques

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

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

Exclusions

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

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

Restrictions d'ordonnance

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

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

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

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

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

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

Prix de base de référence (PBR)

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

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

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

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

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

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

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

Codes de retour du programme de PBR

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

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

Couverture d'assurance médicaments selon le prix des médicaments

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

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

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

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

Exemple :

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

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

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

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

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

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



Section 9

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

Section 9

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

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

Programme de pharmacothérapie initiale

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

Procédure pour le programme de pharmacothérapie initiale

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

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

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

Programme de pharmacothérapie de maintien

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

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

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

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

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

Programmes de pharmacothérapie initiale et de pharmacothérapie de maintien combinés

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

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

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

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

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

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

Programme d'autorisation préalable

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

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

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

Procédure pour le programme d'autorisation préalable

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

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

Programme de pharmacothérapie par étapes

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

Procédure pour la pharmacothérapie par étapes :

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

Exemples de programmes de pharmacothérapie par étapes de TELUS Santé :

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



Section 10

Régime de soins de santé
de la fonction publique

Section 10

Régime de soins de santé de la fonction publique

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

Communiquez avec le Centre de soutien aux pharmacies :

Tél. : 1-800-668-1608

Télééc. : 1-866-840-1466

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

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

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

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

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

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.

Veuillez 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. Dépôt

Demande d'ouverture de compte standard

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

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

Élément 1 : vérification des antécédents et entrevue en personne

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

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

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

Élément 2 : audit de suivi sur place

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

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

Élément 3 : frais administratifs

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

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

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

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

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

Élément 4 : dépôt

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

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

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

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

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

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

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

Comment réaliser le processus d'accréditation avancé

Votre pharmacie 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'Assure Demandes de règlement de TELUS Santé	Il s'agit du propre régime de soins de santé géré par TELUS Santé. Il n'est pas nécessairement lié à un régime précis d'assurance médicaments.
Frais d'exécution d'ordonnance maximums	Le preneur du régime peut choisir de payer seulement un montant en dollars fixe des frais d'exécution d'ordonnance. Ce montant peut être établi à divers niveaux, selon le régime.

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.
Période de règlement	Le calendrier de paiement déterminé par la pharmacie. Les options comprennent le transfert électronique de fonds le jour suivant, deux fois par mois ou tous les 30 jours.
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).
Prix de base de référence (PBR)	Coût de médicament payé par le régime et basé sur un produit différent dans la même classe thérapeutique. Voir aussi prix coûtant maximal (PCM).
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)**

Veuillez 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 24)

	NIP/pseudo-DIN à utiliser	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
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 10, 11, 12, 35, 64
Aiguille 45
Alberta 32, 42, 65
Annulation de la demande de règlement 17
APhC3 12, 23, 41, 46, 48, 50, 62
Approvisionnement en vue de vacances 25
Assureur 7, 9, 10, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 47, 48, 55, 62, 64
Audit 7, 26, 33, 37, 38, 39, 54, 57
Audits en pharmacie 39
Autorisation 7, 16, 21, 22, 23, 24, 39, 43, 51, 52, 53, 54, 55, 62, 64
Autorisation de l'assureur requise 55, 64
Autorisation préalable 51, 52, 54, 55, 64
Autorisation préalable requise 55, 64
Autorisations de renouvellement verbales 22

B

Bases non admissibles 29
Bon d'échantillon 57

C

CAA 41, 62
Carte annulée 64
Carte Assure Demandes de règlement de TELUS 7, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 26, 57, 62
Carte non valide 64
Centre de soutien aux pharmacies 6, 7, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 38, 42, 59, 60, 64
Changement aux coordonnées de la pharmacie 60
Changement de dénomination sociale 60
Changement de propriétaire 60
Changement des honoraires 60
Changement des options de paiement 60
Changement des renseignements bancaires 60
Changement du gestionnaire autorisé de la pharmacie 60
Choix de prix croisé 48
Coassurance 11, 20, 21, 62
Code de parenté 9, 12, 16, 64
Codes de préparations magistrales 28
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail 21, 45
Communication avec les détenteurs 7
Conseils au sujet de la fraude 39
Coordination des prestations 20, 21, 40, 41, 65
Coût d'acquisition actuel 41, 62
Couverture unique pour le détenteur 64
CSPAAT 10, 21, 45

D

Date de naissance 12, 16, 33, 64
Date de naissance erronée 16, 64
Demande de règlement désuète 17
Demandes de règlement papier 7, 16
Détenteur principal 10, 12, 62
Diabétique 20, 26, 59, 61
DIN/pseudo-DIN non admissible 55
DIN non couvert 55, 64
Documentation 17, 22, 23, 24, 26, 36, 39
Dosage minimum ou maximum 36

E

EDI 7, 10, 12, 18, 20, 23, 46, 62
Échantillonnage électronique 57
Entente de fournisseur 60, 63
Entretien 53
Emballage réglementaire 26
Exception liée au détenteur 62
Exemple de carte Assure Demandes de règlement 9

F

Formats non admissibles 28, 29
Formulaire 7, 17, 20, 23, 26, 45, 46, 54, 55, 60, 62, 64
Formulaire national d'Assure Demandes de règlement de TELUS Santé 46
Franchise 7, 11, 12, 20, 21, 41, 50, 62, 63

I

Identification de l'assureur 10
Interaction de médicaments 35, 36
Insuline 45, 47

L

Lancette 45, 47
Limites mensuelles 23, 24, 27

M

Manitoba 32, 42, 65
Médicament à action immédiate 63
Médicament admissible à un approvisionnement de 100 jours 53
Médicaments pouvant comporter des restrictions voir limites mensuelles
Montants pouvant être perçus des détenteurs 19, 20
Maximum pour les frais professionnels Frais maximums 11

N

Nombre de jours d'approvisionnement	21, 25, 36, 52, 53, 59
Nombre de jours d'approvisionnement invalide – Programme de pharmacothérapie initiale	52, 53
Numéro d'identification	9, 11, 45, 46
Numéro d'identification du détenteur	9
Numéro de certificat	9
Numéro de police	9
Numéro du problème	63

O

Ontario	21, 32, 33, 41, 45, 55, 65
Options de paiement des pharmacies le jour suivant	18
deux fois par mois	18, 63
Ordonnances verbales	22, 23

P

Paiement 30 jours suivant la date de la transaction	18
Paiement deux fois par mois	18
Paiement différé	19, 21
Paiement le jour suivant	18
PBR	48, 63
PCM	48, 49
Période de règlement	63
Personne à charge	9, 10, 11, 12, 16, 64
PMO	41
Prix coûtant maximal	48, 49, 50, 63
Prix de base de référence	48, 50, 63
Programme d'autorisation préalable	54, 55, 64
Programme de gestion des inscriptions provinciales	42
Programme de médicaments de l'Ontario	33, 41
Preneur du régime	21, 48, 50, 62, 63
Préparations magistrales	28, 29, 30, 33, 38, 45, 65
Préparations magistrales admissibles	29, 33
Préparations magistrales non admissibles	28
Prescripteur autorisé	57, 63
Pseudo-DIN	26, 59, 61, 65

Q

Quote-part	63
------------	----

R

Remboursement électronique	10, 63
Renseignements incorrects à propos du détenteur	64
Renouvellement trop tôt ou trop tard	36
RUM voir Revue de l'utilisation des médicaments	
Revue de l'utilisation des médicaments	12, 21, 25, 34, 35, 36

S

Saskatchewan	32, 42, 65
Seringue	29, 31, 45
Sexe	35
Soumettre 3 mois la prochaine fois	53
Soumettre de nouveau l'approvisionnement de trois mois	53
Surfacturation	19

T

Tarification	19, 20, 21, 26
Transactions de règlement	18
Transfert électronique de fonds	6, 63

U

Usage limité	41
--------------	----

V

Vérification relative à une préparation magistrale	33
--	----

W

WSBC	10, 21, 45, 48
WorkSafe BC	21



assure

Demandes de règlement

Visitez telussante.com

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

© 2023 TELUS

 **TELUS** Santé