

À l'attention des propriétaires de pharmacie du Nouveau-Brunswick,

Avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, tous les Néo-Brunswickois auront une assurance pour les médicaments.

À compter du 1<sup>er</sup> mai 2014, les fournisseurs participants pourront soumettre les demandes de règlement des membres de ce régime. Les propriétaires de pharmacie doivent remplir le formulaire d'adhésion pour fournisseur participant ci-annexé. Veuillez télécopier ce formulaire rempli au 1-506-869-9673 d'ici le **18 avril 2014**.

Vous pouvez vous renseigner sur le régime médicaments sur le site du ministère de la Santé, à l'adresse <http://www.gnb.ca/régimemédicaments>. Des renseignements complémentaires pour les professionnels de la santé seront par ailleurs diffusés avant le 1<sup>er</sup> mai 2014, notamment la liste des médicaments couverts par le régime.

Les exigences visant les fournisseurs participants figurent dans la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux*.

[http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/procureur\\_general/lois\\_et\\_reglements.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/procureur_general/lois_et_reglements.html)

### Carte d'identification du membre

Les renseignements sur le membre figureront sur sa carte d'identification (voir l'exemple ci-dessous). Le membre devra présenter sa carte à l'exécution de l'ordonnance pour prouver qu'il est couvert par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. La lettre de confirmation de la participation du résident peut servir de moyen d'identification temporaire en attendant la réception de la carte officielle.



## Présentation et paiement des demandes de règlement

Le code D s'appliquera aux demandes de règlement dans le cadre du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, suivant le même principe que les codes du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB). Les paiements par dépôt direct aux fournisseurs seront versés dans le même compte que les paiements associés au PMONB.

Les demandes de règlement que soumettent les fournisseurs participants doivent comporter les renseignements suivants :

<b>Champ</b>	<b>Renseignements requis</b>
Code de l'assureur	N.-B.
Numéro ou code du régime collectif	D
N° d'identification du patient	N° d'identification du membre du régime D
NIM/NIP	NIM ou NIP
Id. du prescripteur	N° d'identification du prescripteur au N.-B.
Coût du médicament	Prix catalogue du fabricant; prix maximal admissible; prix d'achat réel
Majoration	Montant de majoration applicable (voir le tableau ci-dessous)
Frais d'exécution d'ordonnance	Frais d'ordonnance applicables (voir le tableau ci-dessous)

## Remboursement des frais d'exécution d'ordonnance et du coût des médicaments

Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick couvrira les sommes suivantes des demandes de règlement admissibles :

### **Frais d'exécution d'ordonnance**

<b>Catégorie de médicament</b>	<b>Frais d'exécution d'ordonnance</b>
Interchangeable	Jusqu'à concurrence de 10,50 \$*
Non interchangeable	Jusqu'à concurrence de 10,50 \$*
Préparations extemporanées (composés)	Jusqu'à concurrence de 15,75 \$*
Méthadone pour le traitement de la douleur chronique	Jusqu'à concurrence de 10,50 \$*
Médicaments pour la dépendance aux opiacés (p. ex. méthadone, buprenorphine/naloxone)	Jusqu'à concurrence de 9,50 \$

\* en cours de révision

### **Remboursement du coût des médicaments**

<b>Catégorie de médicament</b>	<b>Coût des ingrédients</b>	<b>Majoration</b>
Interchangeable	Jusqu'à concurrence du prix maximal admissible	Jusqu'à concurrence de 8 %
Non interchangeable	Jusqu'à concurrence du prix catalogue du fabricant + 8 %	S.O.
Préparations extemporanées (composés)	Prix d'achat réel	S.O.
Méthadone en formule orale	Jusqu'à concurrence du prix maximal admissible	S.O.

## Renseignements à fournir aux membres

Les renseignements suivants doivent figurer sur les reçus d'ordonnance remis aux membres :

- nom et adresse du fournisseur participant;
- nom et adresse du membre;
- date de réception du produit;
- numéro de l'ordonnance et nombre de renouvellements restants;
- nom du prescripteur;
- nom du médicament, dosage, formule, NIM ou NIP;
- quantité de médicament;
- nombre de jours d'approvisionnement (à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2014);
- montant de la quote-part;
- coût total de l'ordonnance;
- coût\* du médicament (à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2014);
- frais d'exécution d'ordonnance (dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014).

\* Le coût du médicament correspond au coût total de l'ordonnance, moins les frais d'exécution.

Si le membre du régime choisit de payer son ordonnance pour ensuite réclamer un remboursement (au lieu que le pharmacien s'en charge pour lui), les renseignements suivants doivent aussi lui être fournis, sur son reçu d'ordonnance ou un autre support :

- numéro d'identification du fournisseur participant;
- numéro d'identification du prescripteur;
- code d'intervention ou d'exception.

Si vous avez des questions, téléphonez au service de renseignements du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au **1-855-540-7325**.

## **i** Renseignements sur la pharmacie (en caractères d'imprimerie)

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Propriétaire(s)/exploitant(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Numéro d'agrément : \_\_\_\_\_ Fournisseur du logiciel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Par la présente, vous demandez d'être reconnu comme un fournisseur participant dans le cadre du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je confirme avoir lu et compris toutes les exigences du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, y compris les dispositions pertinentes de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* et de la réglementation afférente. J'accepte les obligations du fournisseur participant, que je m'engage à respecter.

J'accepte d'effectuer toute collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels sur la santé utilisés pour le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **i** Remise à l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Dans le cadre du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, la somme de 0,035 \$ par demande de règlement de médicament sur ordonnance payée pourrait être prélevée et remise à l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick au nom du fournisseur participant. Cet arrangement se prend sur une base volontaire et entre en vigueur dès que la pharmacie est considérée comme un fournisseur participant dans le cadre du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

**Oui**, j'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à prélever et à remettre la somme en question en mon nom à l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.

**Non**, je n'autorise pas le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à prélever et à remettre la somme en question en mon nom à l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1-855-540-7325.**

Géré par Croix Bleue Medavie au nom du gouvernement du Nouveau-Brunswick