

Section 1: Eligibility and Membership

Cystic Fibrosis Plan (Plan B)

This policy applies to applicants and beneficiaries of the New Brunswick Prescription Drug Program Cystic Fibrosis Plan.

PURPOSE OF POLICY

This policy documents the eligibility criteria as well as the enrolment, renewal, and claim payment guidelines of the Cystic Fibrosis Plan.

POLICY STATEMENT

The Cystic Fibrosis Plan is a provincial drug plan that provides coverage for certain cystic fibrosis drugs for eligible New Brunswick residents.

Eligibility criteria

New Brunswick residents diagnosed with cystic fibrosis may apply for the Cystic Fibrosis Plan if they:

- Have a valid New Brunswick Medicare card, and
- Do not have coverage for any portion of the cost of the cystic fibrosis drugs from any other drug plan.

Enrolment

To enrol in the Cystic Fibrosis Plan, applicants must submit the following information:

- A completed Cystic Fibrosis Plan Application Form, and
- The annual premium of \$50.00.

The annual premium must be paid online, or by cheque or bank/postal money order made payable to the New

Section 1 : Admissibilité et participation

Programme pour la fibrose kystique (Régime B)

La présente politique s'applique aux demandeurs et aux bénéficiaires du Programme pour la fibrose kystique du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

OBJECTIF DE LA POLITIQUE

La présente politique décrit les critères d'admissibilité, ainsi que les lignes directrices relatives à l'adhésion, au renouvellement et aux demandes de règlement du Programme pour la fibrose kystique.

ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

Le Programme de la fibrose kystique est un régime provincial d'assurance médicaments qui offre la couverture de certains médicaments pour la fibrose kystique aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick.

Critères d'admissibilité

Les résidents du Nouveau-Brunswick ayant reçu un diagnostic de fibrose kystique peuvent faire une demande d'adhésion au Programme pour la fibrose kystique s'ils répondent aux critères suivants :

- Avoir une carte d'assurance-maladie valide; et
- Aucune portion du coût de leurs médicaments sur ordonnance pour la fibrose kystique ne doit être couverte par un autre régime d'assurance médicaments.

Adhésion

Les demandeurs qui souhaitent s'inscrire au Régime pour la fibrose kystique doivent soumettre :

Brunswick Prescription Drug Program. Cash is not accepted.

Applicants with Other Drug Coverage

Applicants with other drug coverage must provide information regarding their other drug coverage on their Application Form.

Co-payment and fees

The Cystic Fibrosis Plan has an annual premium of \$50.00 and a copayment per prescription. The copayment is 20% of the prescription cost up to a maximum of \$20.00 per prescription. There is a maximum copayment amount of \$500.00 per family unit, per plan year (July 31st to June 30th).

Annual renewal

Beneficiaries must renew their coverage annually. Information on renewing coverage is mailed to beneficiaries at least 2 months prior to the deadline of June 30th, including a Cystic Fibrosis Plan Application Form and a pre-addressed envelope.

Beneficiaries may apply to renew their coverage by returning the completed form and the annual premium of \$50.00.

If the Application Form and \$50.00 annual premium are not received by the Plan Administrator prior to the deadline specified in the beneficiary's renewal letter, coverage is cancelled effective July 1st.

Beneficiaries must continue to meet the eligibility criteria specified above to renew their coverage with the Cystic Fibrosis Plan.

Beneficiaries with other drug coverage

Beneficiaries with other drug coverage must provide a new letter from their private plan indicating that they do not have coverage for the cystic fibrosis drugs prescribed.

Eligible benefits and claim payment

The drugs that are eligible for coverage under the Cystic Fibrosis Plan are listed on the New Brunswick Drug Plans Formulary.

- un formulaire de demande d'adhésion au Régime pour la fibrose kystique dûment rempli, et
- La prime annuelle de 50,00 \$.

La prime annuelle doit être payée en ligne, par chèque ou par mandat-poste ou traite bancaire à l'ordre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Les paiements en argent comptant ne sont pas acceptés.

Demandeurs bénéficiant d'une autre couverture d'assurance médicaments

Les demandeurs bénéficiant d'une autre couverture d'assurance médicaments doivent fournir les renseignements au sujet de cette autre couverture sur leur formulaire de demande d'adhésion.

Quote-part et frais

Le Programme de la fibrose kystique prévoit une prime annuelle de 50 \$ et une quote-part par ordonnance. La quote-part représente 20 % du coût des médicaments jusqu'à concurrence de 20 \$. Le plafond annuel visant la quote-part est de 500 \$ par famille, par année (1^{er} juillet au 30 juin).

Renouvellement annuel

Les bénéficiaires doivent renouveler leur couverture chaque année. Ils recevront par la poste une trousse de renouvellement au moins 2 mois avant la date limite du 30 juin (qui comprend le formulaire de demande d'adhésion au Programme pour la fibrose kystique et une enveloppe-réponse).

Les bénéficiaires peuvent faire une demande de renouvellement pour la couverture en remplissant le formulaire et en le retournant avec la prime annuelle de 50,00 \$.

Si les documents requis et la prime annuelle de 50,00 \$ ne sont pas soumis à l'administrateur du régime avant la date limite indiquée dans la lettre de renouvellement du bénéficiaire, la couverture sera annulée en date du 1^{er} juillet.

Les bénéficiaires doivent continuer à répondre aux critères d'admissibilité décrits ci-dessus pour renouveler

Participating providers must submit claims online directly to the New Brunswick Drug Plans, in accordance with the *Participating Provider Policy*. All claims submitted for payment are subject to audit and recovery.

leur couverture dans le cadre du Régime pour la fibrose kystique.

Médicaments admissibles et demandes de règlement

Les médicaments qui sont admissibles à la couverture en vertu de ce régime figurent sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. \

Les fournisseurs participants doivent soumettre directement les demandes de règlement en ligne aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick conformément à la politique *Fournisseurs participants*. Toutes les demandes de règlement soumises pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.

AUTHORITY

Act(s)	Prescription Drug Payment Act (S.N.B. 1975, c. P-15.01), s 2.01(1)(2), 2.1(2), 2.2.
Regulation(s)	Prescription Drug Regulation - Prescription Drug Payment Act, s 2.1(c)(i), 4(2)(a), 5(2), 7.2(1), 8(3), 8(12), 8.1(1)(2), 14.1, 15(1)(b), 15(3.1) (3.2).

Policy Approval Authority: Executive Director, Pharmaceutical Services, Department of Health.

AUTORISATION

Loi(s)	Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance (LN-B 1975, c. P-15.01), s 2.01(1)(2), 2.1(2), 2.2.
Règlement(s)	Règlement sur les médicaments dispensés sur ordonnance de la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance, s 2,1(c)(i), 4(2)(a), 5(2), 7,2(1), 8(3), 8(12), 8,1(1)(2), 14,1, 15(1)(b), 15(3,1) (3,2).

Autorité d'approbation : Directrice générale, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé.

DEFINITIONS

The following definitions apply in this policy:

Co-payment - the portion of the prescription cost that the beneficiary pays each time a prescription is filled.

Plan year – a 12-month period of drug coverage (July 1 to June 30), after which time the beneficiary is required to renew their coverage.

DÉFINITIONS

Les définitions suivantes d'appliquent à la présente politique :

Quote-part - représente la portion du coût de votre médicament que vous devez payer chaque fois que vous faites remplir votre ordonnance.

Année de régime – période de couverture des médicaments d'une durée de 12 mois (du 1^{er} juillet au

30 juin), après quoi le bénéficiaire est tenu de renouveler sa couverture.

FORMS AND APPENDICES

Forms	Cystic Fibrosis Plan Application Form Other Drug Coverage Form
Appendices	N/A

FORMULAIRES ET ANNEXES

Formulaires	Formulaire d'adhésion au Programme pour la fibrose kystique Formulaire Autre régime d'assurance médicaments
Annexes	S.o.