

Section 1: Eligibility and Membership

Growth Hormone Deficiency Plan (Plan T)

This policy applies to applicants and members of the New Brunswick Prescription Drug Program who qualify for coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan.

PURPOSE OF POLICY

This policy documents the eligibility criteria as well as the enrollment, renewal, and claim payment guidelines of the Growth Hormone Deficiency Plan.

POLICY STATEMENT

The Growth Hormone Deficiency Plan is a provincial drug plan that provides coverage for certain growth hormone deficiency drugs for eligible New Brunswick residents.

Eligibility criteria

New Brunswick residents under the age of 19, diagnosed with growth hormone deficiency may apply for the Growth Hormone Deficiency Plan if they:

- have a valid Medicare card, and
- do not have coverage for any portion of the cost of the growth hormone drugs from any other drug plan.

Ineligible conditions

Individuals who are diagnosed with other medical conditions are not eligible for the Growth Hormone Deficiency Plan. These include, but are not limited to, Chronic Renal Insufficiency, Idiopathic Short Stature,

Section 1 : Admissibilité et participation

Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance (Régime T)

La présente politique s'applique aux demandeurs et aux adhérents du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick admissibles à la couverture offerte en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

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 remboursement du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

Le Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance est un régime provincial d'assurance médicaments qui offre la couverture de certains médicaments pour l'insuffisance en hormones de croissance aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick.

Critères d'admissibilité

Les résidents du Nouveau-Brunswick de moins de 19 ans ayant reçu un diagnostic d'insuffisance en hormones de croissance peuvent faire une demande d'adhésion à l'assurance médicaments du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance s'ils répondent aux critères suivants :

- Avoir une carte d'assurance-maladie valide; et
- Aucune portion du coût de leurs médicaments sur ordonnance pour l'insuffisance en hormones de croissance ne doit être couverte par un autre régime d'assurance médicaments.

Prader-Willi Syndrome, Russell Silver Syndrome, Turner Syndrome.

Enrollment

To enroll in the Growth Hormone Deficiency Plan, applicants must submit the following information:

- A completed Growth Hormone Deficiency Plan Application Form, and
- The annual premium of \$50.00 (may be paid using online banking, cheque, or bank/postal money order. Cheques or money orders should be made payable to the New Brunswick Prescription Drug Program. Cash is not accepted).

Confirmation of diagnosis

An endocrinologist must confirm that the applicant has been diagnosed with growth hormone deficiency.

Applicants with other drug coverage

Applicants with other drug coverage must provide a letter from their private drug plan which:

- specifies the drug they need covered and that it is not listed on their private plan's formulary for their condition (indication), or
- confirms they have reached their annual or lifetime drug maximum with the private drug plan.

Fees and co-payment

The Growth Hormone Deficiency Plan has an annual premium of \$50.00. The copayment is 20% of the reimbursed prescription cost up to a maximum of \$20.00. There is a maximum copayment amount of \$500.00 per family unit, per plan year (July 1st to June 30th).

Annual renewal

Members must renew their coverage annually. Information on renewing coverage is mailed to members at least 2 months prior to the deadline of June 30th,

Exclusions

Les demandeurs qui ont reçu un diagnostic pour un autre problème de santé, notamment d'insuffisance rénale chronique, de petite taille idiopathique, de syndrome de Prader-Labhart-Willi, de syndrome de Russell-Silver et de syndrome de Turner ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

Adhésion

Pour s'inscrire au Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance, les demandeurs doivent soumettre les éléments suivants :

- Un formulaire de demande d'adhésion au Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance dûment rempli; et
- La prime annuelle de 50 \$ (peut être payée au moyen de services bancaires en ligne, d'un chèque, d'un mandat-poste ou d'une traite bancaire. Les chèques ou les mandats doivent être faits à l'ordre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Les paiements en argent comptant ne sont pas acceptés.

Confirmation du diagnostic

Un endocrinologue doit fournir une confirmation que le demandeur a reçu un diagnostic d'insuffisance en hormones de croissance.

Demandeurs bénéficiant d'une autre couverture d'assurance médicaments

Les demandeurs qui bénéficient d'une autre couverture d'assurance médicaments privée doivent fournir une lettre de leur assureur privé qui :

- précise le médicament pour lequel ils ont besoin d'une couverture et que celui-ci ne figure pas sur la liste des médicaments remboursés par le régime privé pour le trouble de santé (l'indication) prescrit; ou

including a Growth Hormone Deficiency Application Form and a pre-addressed envelope.

Members 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 member's renewal letter, coverage is cancelled effective July 1st.

Members must continue to meet the eligibility criteria specified above to renew their coverage under the Growth Hormone Deficiency Plan.

Members are no longer eligible for the Growth Hormone Deficiency Plan once they reach the age of 19. Coverage is cancelled effective the day the member turns 19.

Members with other drug coverage

Members with other drug coverage must provide a new letter from their private drug plan which:

- specifies the drug they need covered and that it is not listed on their private plan's formulary for their condition (indication), or
- confirms they have reached their annual or lifetime drug maximum with the private drug plan.

Eligible benefits and claim payment

The drugs that are eligible for coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan are listed on the New Brunswick Drug Plans Formulary.

Participating providers must submit claims online directly to the New Brunswick Drug Plans in accordance with the *Participating Provider* policy.

- confirme qu'ils ont atteint le maximum annuel ou à vie pour les médicaments en vertu de leur régime privé d'assurance médicaments.

Frais et quote-part

Le Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance comporte une prime annuelle de 50 \$. 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 de régime (1 juillet au 30 juin).

Renouvellement annuel

Les adhérents doivent renouveler leur couverture chaque année. Des documents pour le renouvellement de la couverture sont envoyés par la poste au moins 2 mois avant la date limite du 30 juin, et contiennent un formulaire de demande d'adhésion au Programme pour l'insuffisance en hormone de croissance et une enveloppe-réponse.

Les adhérents peuvent faire une demande pour renouveler leur couverture en retournant le formulaire dûment rempli et la prime annuelle de 50 \$.

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

Les adhérents doivent continuer de répondre à tous les critères d'admissibilité décrits ci-dessus pour renouveler leur couverture en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

Les adhérents deviennent inadmissibles au Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance lorsqu'ils atteignent l'âge de 19 ans, et la couverture est annulée le jour de leur 19^e anniversaire.

Adhérents ayant une autre couverture d'assurance médicaments

Les adhérents ayant une autre couverture d'assurance médicaments doivent fournir une nouvelle lettre de leur assureur privé qui confirme :

- le médicament pour lequel ils ont besoin d'une couverture et que celui-ci ne figure pas sur la liste des médicaments remboursés par le régime privé pour le trouble de santé (l'indication) prescrit; ou
- qu'ils ont atteint le maximum annuel ou à vie pour les médicaments en vertu de leur régime privé d'assurance médicaments.

Médicaments admissibles et demandes de remboursement

Les médicaments qui sont admissibles à la couverture en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance figurent sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Les fournisseurs participants doivent soumettre directement les demandes de remboursement en ligne aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick conformément à la politique *Fournisseurs participants*.

AUTHORITY

Act(s)	<i>Prescription Drug Payment Act (S.N.B. 1975, c. P-15.01), s 2.01(1)(2), 2.1(2), 2.2, 2.4 (1)(2).</i>
Regulation(s)	<i>Prescription Drug Regulation - Prescription Drug Payment Act, s 2.1(c)(ii), 4(2)(c), 4(3), 5(2), 5(4), 7.2(1), 8(2), 8(6), 8(12), 8.1(1)(2), 14.1, 15(1)(b), 15(3.1)(3.2).</i>

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

AUTORISATION

Loi(s)	<i>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, 2.4 (1)(2).</i>
Règlement(s)	<i>Règlement sur les médicaments dispensés sur ordonnance de la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance, s 2.1(c)(ii), 4(2)(c), 4(3), 5(2), 5(4), 7.2(1), 8(2), 8(6), 8(12), 8.1(1)(2), 14.1, 15(1)(b), 15(3.1)(3.2).</i>

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 member pays each time a prescription is filled.

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

DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s’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 1er juillet au 30 juin), après quoi l’adhérent est tenu de renouveler sa couverture.

FORMS AND APPENDICES

Forms	Growth Hormone Deficiency Plan Application Form
Appendices	N/A

FORMULAIRES ET ANNEXES

Formulaires	Formulaire d'adhésion au Programme pour l'insuffisance en hormone de croissance
Annexes	S.o.