



Programme des services de santé non assurés
Trousse de soumission des demandes
de paiement pour médicaments



N° de version : 4.0
novembre 2013



EXPRESS SCRIPTS®

Tout commentaire ou toute demande de renseignements peuvent être acheminés à :
Express Scripts Canada
Service des relations avec les fournisseurs
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

Les renseignements contenus dans le présent document pourraient faire l'objet de modifications sans préavis. À moins d'avis contraire, les données utilisées dans les exemples sont fictives.

© Express Scripts Canada, 2009 - 2013. Tous droits réservés.

Express Scripts Canada est le nom officiel de ESI Canada, une société en commandite constituée en vertu des lois de l'Ontario.

Toute reproduction, adaptation ou traduction est interdite sans autorisation écrite préalable, à l'exception des cas prévus par la *Loi sur les droits d'auteurs*. Les marques déposées ou non ainsi que les noms de produits enregistrés appartiennent à leurs propriétaires respectifs.

Table des matières

1. Introduction	6
1.1 Objectif de la Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments	6
1.2 Interprétation	6
1.3 Modalités générales	7
1.4 Définitions.....	7
2. Contexte.....	11
2.1 Programme des SSNA de Santé Canada	11
2.2 Rôle et responsabilités d'Express Scripts Canada	11
2.3 Rôles et responsabilités des fournisseurs	11
2.4 STRDPSS	12
3. Inscription du fournisseur de services de médicaments	12
3.1 Processus d'inscription du fournisseur de services de médicaments	13
3.1.1 Pharmacies et pharmaciens propriétaires.....	13
3.1.1.1 Pharmacies au Québec	14
3.1.2 Approbation et numéro de fournisseur.....	14
3.1.3 Documents et mises à jour à l'intention du fournisseur de services de médicaments.....	14
3.1.4 Modalités	15
3.1.4.1 Soumission électronique des demandes de paiement	16
3.1.4.2 Soumission de demandes de paiement manuelles	17
3.1.5 Modification des renseignements sur le fournisseur	17
3.1.6 Résiliation de l'inscription du fournisseur.....	18
4. Processus habituel de soumission des demandes de paiement.....	19
4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires.....	19
4.1.1 Numéros d'identification des bénéficiaires inuits reconnus	19
4.1.2 Numéros d'identification requis pour les membres admissibles des Premières nations	20
4.1.3 Personnes exclues du Programme des SSNA	20
4.1.4 Dispositions spéciales pour les nourrissons des Premières nations et des Inuits âgés de moins d'un an	21
4.1.5 Services de santé non assurés fournis par les organisations des Premières nations et des Inuits	21
4.2 Coordination des services	22
4.2.1 Coordination des services avec le Programme de médicaments de l'Ontario.....	22
4.2.2 Programme de révision de l'utilisation des médicaments	23
4.2.3 Honoraires de refus d'exécution d'une ordonnance	24
4.3 Autorisation préalable pour les médicaments	24
4.3.1 Autorisation préalable pour les médicaments d'ordonnance	24
4.3.2 Lettre de confirmation d'autorisation préalable	25
4.3.2.1 Confirmation.....	25
4.3.2.2 Soumission d'une demande de paiement avec autorisation préalable	26
4.3.3 Approvisionnement d'urgence.....	26
4.3.4 Autorisation automatique	26
4.3.5 Traitement et règlement des demandes de paiement.....	27
4.3.6 Facturation de la méthadone (pseudo-DIN 00908835)	27

4.3.7	Lettre de confirmation d'autorisation spéciale.....	28
4.4	Services couverts et limites dans le cadre du Programme des SSNA	29
4.4.1	Médicaments couverts sans restriction.....	30
4.4.2	Médicaments à usage restreint	30
4.4.3	Exceptions	31
4.4.4	Exclusions.....	31
4.4.5	Processus d'appel	31
4.4.6	Ventes spéciales, coupons et rabais	32
4.4.7	Liste spéciale de médicaments pour les bénéficiaires souffrant d'insuffisance rénale chronique	32
4.4.8	Liste de médicaments relatifs à des soins palliatifs.....	32
5.	Vérification des fournisseurs.....	33
5.1	Objectifs de la vérification	33
5.2	Responsabilités du fournisseur	34
5.3	Volets du Programme de vérification des fournisseurs	34
5.3.1	Programme de vérification du lendemain	34
5.3.2	Programme de confirmation par les bénéficiaires.....	34
5.3.3	Programme d'établissement du profil des fournisseurs	34
5.3.4	Programme de vérification à distance	35
5.3.5	Programme de vérification sur place.....	35
5.3.5.1	Étapes d'une vérification sur place	35
5.3.5.2	Prévérification ou entretien préalable	35
5.3.5.3	Déroulement d'une vérification sur place	35
5.3.5.4	Entretien postérieur à la vérification	36
5.3.5.5	Rapport de vérification	36
5.3.5.6	Documents exigés aux fins de vérification.....	36
5.3.5.7	Documents exigés aux fins de vérification.....	36
5.3.6	Documents de référence	37
5.3.7	Renseignements supplémentaires	38
6.	Formulaires et ressources	38
6.1	Formulaires et documents.....	38
6.2	Ressources	38
6.2.1	Centre d'appels à l'intention des fournisseurs	38
6.2.2	Demandes de paiement pour services de médicaments.....	38
6.2.3	Autre correspondance	39
6.2.4	Politiques d'Express Scripts Canada en matière de protection de la vie privée ..	39
6.2.5	Fils Really Simple Syndication	39
6.2.5.1	Ajout d'un fil RSS à votre agrégateur.....	40
6.2.5.2	Ajout d'une adresse courriel aux services RSS.....	40
7.	Messages et explications sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.....	41
7.1	Détails sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs – Médicaments.....	41
7.1.1	Corrections aux demandes de paiement à l'aide du Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.....	41
7.1.2	Codes normalisés de l'APhC	42
7.1.3	Messages à format libre du système PDS.....	42
7.1.4	Codes d'intervention de l'APhC.....	43
7.1.5	Codes, messages et explications	44

7.2	Options de soumission et renseignements obligatoires sur les demandes de paiement pour médicaments	56
7.2.1	Options de soumission	56
7.2.2	Soumission des demandes de paiement – Éléments de données requis	57
7.2.2.1	Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA - Éléments de données	60
7.2.2.1.2	<i>Renseignements pour chaque article prescrit - Éléments de données</i>	<i>62</i>
7.2.2.1.3	<i>Renseignements sur la pharmacie - Éléments de données</i>	<i>63</i>
7.2.2.1.4	<i>Renseignements sur les parents (obligatoires pour les nourrissons âgés de moins de un an) - Éléments de données.....</i>	<i>63</i>
7.2.3	Annulation de transactions pour des médicaments prescrits que les bénéficiaires ne sont pas venus chercher	64
7.2.4	Renseignements relatifs au paiement	65
7.3	Programme d'ordonnance d'essai	66
7.3.1	En quoi consiste le Programme d'ordonnance d'essai?	66
7.3.2	Comment les médicaments du Programme d'ordonnance d'essai sont-ils traités?	66
7.3.3	Processus de traitement du Programme d'ordonnance d'essai	67

1. Introduction

1.1 Objectif de la Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments

Pour obtenir des renseignements relatifs à l'**équipement médical et aux fournitures médicales**, veuillez vous reporter à la Trousse de soumission des demandes de paiement pour équipement médical et fournitures médicales accessible sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA.

La Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments (la « trousse ») est fournie par Express Scripts Canada dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Elle précise les modalités additionnelles aux fins de soumission des demandes de paiement dans le cadre de l'Entente avec les pharmacies (« l'entente »). Par ailleurs, le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques vient compléter la trousse en fournissant des renseignements sur l'administration du Programme des SSNA et sur les politiques qui s'appliquent aux fournisseurs de services pharmaceutiques. Il expose la portée et les limites du Programme des SSNA.

La trousse est conçue pour aider les fournisseurs à comprendre le fonctionnement du Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé (STRDPSS) d'Express Scripts Canada. Elle précise le rôle du fournisseur et contient tous les renseignements dont celui-ci a besoin pour soumettre une demande de paiement.

Il importe que le fournisseur comprenne toutes les modalités de la trousse afin qu'il puisse s'assurer de l'exactitude des données des demandes de paiement qu'il soumet. Le fournisseur doit disposer de la version la plus à jour du présent document et s'y reporter en tout temps. La trousse est mise à jour tous les trimestres, au besoin. Les avis de mise à jour de la trousse sont transmis aux fournisseurs avant la date de publication.

Tous les documents (annonces, trousse, ententes, bulletins à l'intention des fournisseurs de services de médicaments et Guide du fournisseur de services pharmaceutiques) peuvent être téléchargés en format PDF à partir du Site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA (le « site Web des fournisseurs »). Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour en demander un exemplaire qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir l'article 6.2.1 - Centre d'appels à l'intention des fournisseurs). Pour toute question ou commentaire sur la trousse, communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs.

1.2 Interprétation

Dans l'éventualité où les modalités de la trousse ou d'une annexe contrediraient celles de l'Entente avec les pharmacies, les modalités de l'entente prévaudraient (voir l'article 12.2 (6) de l'entente).

Si la trousse ne traite pas d'une question relative à la soumission d'une demande de paiement ou à la transmission de données, ou dans le cas d'une incertitude sur les modalités, le fournisseur peut communiquer avec Express Scripts Canada afin d'en discuter. Express Scripts Canada fera tout en son pouvoir pour régler le problème ou donner une piste de solution.

Nota : Fournisseurs de services de médicaments au Québec seulement : Dans l'éventualité où les modalités de la trousse contrediraient celles de l'entente conclue entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et Santé Canada, les dispositions de l'entente prévaudraient.

1.3 Modalités générales

Les modalités générales qui régissent la relation entre le fournisseur et Express Scripts Canada sont énoncées dans l'entente. Express Scripts Canada se réserve le droit de mettre à jour la trousse.

La trousse comprend les modalités ainsi que la marche à suivre permettant de vérifier l'admissibilité des bénéficiaires et celles relatives à l'admissibilité, la soumission, le traitement, le règlement, l'annulation et la vérification des demandes de paiement. Dans le cadre de l'entente qu'ils ont conclue, les fournisseurs sont liés aux modalités et à la marche à suivre énoncées dans la trousse et sont tenus de les respecter.

1.4 Définitions

En plus des termes définis entre parenthèses dans la trousse, le tableau ci-dessous présente la définition des termes utilisés dans la trousse.

Veuillez vous reporter à la liste des expressions ci-dessous et à leur définition pour en savoir davantage sur la trousse et le Programme des SSNA.

Expression	Définition
AADNC (auparavant MAINC)	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.
APhC	Association des pharmaciens du Canada.
Autorisation préalable	Autorisation préalable Confirmation de couverture transmise par un bureau régional de Santé Canada ou le Centre d'exception des médicaments qui permet de s'assurer que le fournisseur est avisé que le bénéficiaire est admissible au médicament, aux fournitures médicales ou aux services fournis. L'approbation porte principalement sur les articles qui exigent une autorisation avant d'être délivrés.
Autre régime	Services offerts, en totalité ou en partie, aux bénéficiaires du Programme des SSNA par un régime de soins de santé provincial, territorial ou autre.
Bénéficiaire	Personne admissible aux services de médicaments, conformément aux critères d'admissibilité énoncés à l'article l'article 4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires de la trousse.
Bureau régional	Bureaux régionaux de Santé Canada.
CDS	Coordination des services (CDS) entre deux régimes d'assurance médicaments ou plus, qu'il s'agisse de régimes publics, privés ou d'une combinaison de régimes privés et publics.
CEM	Centre d'exception des médicaments qui traite toutes les demandes d'autorisation préalables de médicaments. Voir l'expression Autorisation préalable .

CPTF	Comité pharmacothérapeutique fédéral. Organisme consultatif composé de professionnels de la santé qui donnent des conseils fondés sur des preuves dans les domaines de la médecine et de la pharmacie aux responsables du régime d'assurance médicaments des six ministères fédéraux suivants : Santé Canada, Anciens Combattants, Gendarmerie royale du Canada, Service correctionnel du Canada, Défense nationale et Citoyenneté et Immigration Canada.
Demande de paiement	Demande de paiement soumise par un fournisseur à Express Scripts Canada pour les services de médicaments rendus aux bénéficiaires, conformément à l'entente, à la trousse et aux politiques relatives au Programme des SSNA.
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.
DSPNI	Direction de la santé des Premières nations et des Inuits.
EDS	Explication des services. Relevé qui présente tous les détails sur les demandes de paiement qui ont été réglées ou non par suite d'une requête.
EED	Échange électronique de données qui permet de soumettre et de traiter les demandes de paiement en ligne, en temps réel. Le fournisseur de services de médicaments obtient immédiatement une réponse sur l'état de la demande de paiement.
Entente avec les pharmacies (« l'entente »)	Entente conclue entre Express Scripts Canada et les pharmaciens. Elle contient les annexes et toutes les modifications qui y ont été apportées par écrit.
Express Scripts Canada (auparavant ESI Canada)	Entreprise de gestion de régimes de soins de santé chargée du traitement des demandes de paiement soumises dans le cadre du Programme des SSNA.
Fournisseur	Pharmacie accréditée qui comporte au sein de son personnel un pharmacien ou un prescripteur autorisé à délivrer des médicaments d'ordonnance par l'organisme de réglementation approprié de sa province ou de son territoire. Ce professionnel doit avoir signé rempli et signé l'entente, et cette dernière doit avoir été acceptée par Express Scripts Canada.
Fournisseur désinscrit	Fournisseur de services de médicaments qui n'est plus un fournisseur admissible dans le cadre du Programme des SSNA.
Guide du fournisseur de services pharmaceutiques	Guide qui fournit des renseignements sur l'administration du Programme des SSNA et ses politiques ainsi que sur l'étendue et l'admissibilité des services couverts dans le cadre du Programme des SSNA. Ce guide est utilisé conjointement avec la trousse.

Honoraires professionnels habituels	<p>Honoraires les moins élevés que le fournisseur demande aux clients de son établissement qui ne sont pas bénéficiaires et qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance médicaments à la date à laquelle le service est fourni, y compris les réductions et les promotions offertes à cette date par le fournisseur.</p> <p>Dans le calcul des honoraires les moins élevés, Express Scripts Canada ne doit pas tenir compte des transactions inhabituelles et exceptionnelles que le fournisseur effectue sur la base d'honoraires professionnels réduits relativement à ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) d'un service rendu à titre gracieux à des professionnels de la santé ou pour ces derniers; (ii) d'un service rendu à titre gracieux aux employés du fournisseur; (iii) de réductions accordées pour des raisons humanitaires relativement à des besoins financiers qui constituent moins de 1 % des activités d'exécution du fournisseur; (iv) de toute autre situation exceptionnelle approuvée par écrit par Express Scripts Canada.
Lois, règles et règlements régissant la pratique de la pharmacie	Se limitent aux règles de pratiques établies par les ordres des pharmaciens des provinces et des territoires ou par les autorités de réglementation.
Liste des médicaments	Liste établie par Santé Canada, mise à jour tous les trimestres, et sur laquelle figurent les médicaments sur ordonnance et en vente libre pour lesquels le fournisseur peut soumettre une demande de paiement à Express Scripts Canada, conformément à l'entente, lorsqu'il délivre ces médicaments aux bénéficiaires.
LPRPDE	La <i>Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques</i> (Canada).
Numéro de fournisseur	Numéro d'identification assigné au fournisseur afin de faciliter la soumission, le traitement et le règlement des demandes de paiement.
Numéro du prescripteur	Numéro que les prescripteurs d'un médicament, d'équipement médical et de fournitures médicales ou de services professionnels utilisent pour s'identifier.
Programme des SSNA	Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. Programme qui offre aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles une couverture pour une gamme définie de produits et services qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'avantages sociaux et qui comprennent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services d'intervention d'urgence, la prestation de conseils en santé mentale et le transport pour raison médicale.
Programme de vérification du lendemain	Le Programme de vérification du lendemain de la soumission des demandes de paiement s'inscrit dans le cadre de la vérification d'Express Scripts Canada et consiste à examiner un échantillon défini de demandes de paiement soumises par les fournisseurs le lendemain de leur réception par Express Scripts Canada.

Remboursement au bénéficiaire	Remboursement à un bénéficiaire dans le cadre du Programme des SSNA. Approbation de Santé Canada en vue de l'acceptation d'une demande de paiement effectuée par un bénéficiaire ou un premier payeur, par exemple, une bande, un parent ou un tuteur qui a payé les services rendus.
Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments	Relevé détaillé qu'Express Scripts Canada envoie au fournisseur, au bénéficiaire ou au régime principal et qui indique les renseignements pertinents relativement au règlement des demandes de paiement.
RUM	Révision de l'utilisation des médicaments, qui est expliquée plus avant à l'article 4.2.2 Programme de révision de l'utilisation des médicaments .
Santé Canada	Ministère de la Santé du Canada.
Services de médicaments	Exécution des ordonnances et délivrance des médicaments permis dans le cadre du Programme des SSNA aux bénéficiaires conformément aux modalités de l'entente, aux lois applicables, aux normes de pratique professionnelle et aux dispositions en matière de délivrance précisées dans la trousse.
STRDPSS	Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé. Ce système comprend tous les services nécessaires au traitement des demandes de paiement et au soutien apporté aux fournisseurs pour le traitement et le règlement de leurs demandes de paiement. Il permet aux fournisseurs de s'assurer qu'ils se conforment aux politiques du Programme des SSNA, notamment les pratiques relatives à la vérification, à la production de rapports et au contrôle financier.
Système PDS	Système Point de service à partir duquel la demande de paiement est soumise lorsqu'une ordonnance est exécutée.
TEF	Transfert électronique de fonds. Règlement électronique des demandes de paiement. Le montant est versé directement dans le compte bancaire que le fournisseur a désigné le jour où le règlement est effectué.
TPSGC	Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux (Canada).
Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments (la « trousse »)	Trousse élaborée par Express Scripts Canada à l'intention des fournisseurs et mise à jour périodiquement. La trousse contient les modalités additionnelles prévues dans l'entente relativement à la soumission des demandes de paiement.

2. Contexte

2.1 Programme des SSNA de Santé Canada

Pour obtenir davantage de détails sur le Programme des SSNA de Santé Canada, visitez le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php

Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

2.2 Rôle et responsabilités d'Express Scripts Canada

Express Scripts Canada est chargée de l'administration du STRDPSS relativement aux services de médicaments couverts dans le cadre du Programme des SSNA. Cette responsabilité englobe certains aspects du traitement et du règlement des demandes de paiement pour médicaments et s'applique également à l'inscription des fournisseurs, à la validation, à la vérification des demandes de paiement et au recouvrement lorsque cela s'avère nécessaire.

Express Scripts Canada a l'autorité et la responsabilité de s'assurer que le règlement des demandes de paiement pour les services fournis aux bénéficiaires est effectué conformément aux politiques du Programme des SSNA et qu'il est en conformité avec les modalités de [l'article 4 Processus habituel de soumission des demandes de paiement](#) précisé dans la trousse.

Dans le contexte de la gestion des services de médicaments, Express Scripts Canada n'est pas une compagnie d'assurance. Elle a pour mandat de recevoir, d'analyser, de vérifier, de traiter et de régler les demandes de paiement soumises électroniquement ou manuellement par les fournisseurs et les bénéficiaires dans le cadre du Programme des SSNA. Express Scripts Canada communique également avec les fournisseurs et répond à leurs questions. Veuillez transmettre toutes les demandes de remboursement aux bénéficiaires au bureau régional de Santé Canada le plus près. La liste des bureaux régionaux se trouve sur le site Web de Santé Canada à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/contact/fniah-spnia/index-fra.php#ssna

2.3 Rôles et responsabilités des fournisseurs

Le fait que le fournisseur soumette une demande de paiement indique qu'il comprend et accepte non seulement les modalités relatives à la soumission des demandes de paiement dans le cadre du Programme des SSNA mais aussi les modalités relatives à son admissibilité, telles qu'elles sont définies dans la trousse à [l'article 3.14 Modalités](#) et à [l'article 4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires](#).

2.3.1 Remboursement au bénéficiaire

Nous encourageons les fournisseurs de services de médicaments à soumettre les demandes de paiement directement au Point de service afin que les bénéficiaires n'aient pas à engager de frais lorsqu'ils obtiennent des services de médicaments, tel que cela est précisé au paragraphe 1 (10) de l'entente.

Lorsqu'un bénéficiaire paie lui-même les services de médicaments, tels qu'ils sont définis au paragraphe 1 (10) de l'entente, le bénéficiaire peut se faire rembourser s'il remplit un formulaire de demande de remboursement du client des SSNA dans un délai d'un an à compter de la date à laquelle le service a été prodigué ou de la date d'achat des fournitures. Le formulaire de demande de remboursement du client des SSNA se trouve sur le site Web

de Santé Canada à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/form_reimburse-rembourse-fra.php De plus, la liste des bureaux régionaux de Santé Canada et du Centre des exceptions pour médicaments (CEM) se trouve sur le site Web de Santé Canada à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/contact/fniah-spnia/index-fra.php#ssna

2.4 STRDPSS

Le STRDPSS est le système de traitement électronique des demandes de paiement pour services de santé qui reçoit, traite et approuve ou rejette automatiquement les demandes de paiement, telles qu'elles sont définies au paragraphe 1 (3) de l'entente, en fonction des politiques, directives et critères du Programme des SSNA. Les éléments de données obligatoires de la demande sont saisis de la manière indiquée dans la trousse.

Le STRDPSS traite les demandes transmises par les systèmes informatiques de gestion de la pharmacie. Les données des demandes sont alors traitées par voie électronique, puis une réponse est envoyée au pharmacien. Les données sont transmises en respectant le format précisé par les normes canadiennes en matière de demandes de règlement électroniques de l'APhC¹.

Les demandes manuelles sont soumises au STRDPSS aux fins de traitement, une fois que les données du Formulaire de demande de paiement pour médicaments ont été saisies. Le système vérifie l'admissibilité du fournisseur, du bénéficiaire et de la demande.

Selon l'état indiqué, la demande de paiement est :

- Acceptée (avec peut-être quelques rajustements), et le fournisseur est réglé.
- Rejetée en raison d'un manque de renseignements ou de l'inadmissibilité des services. Une liste des messages d'erreur, des explications et des messages d'erreur de l'APhC figure à [l'article 7 Messages et explications sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments](#).
- Retournée au fournisseur pour que celui-ci remplisse un formulaire de demande manuelle.

3. Inscription du fournisseur de services de médicaments

Les fournisseurs qui souhaitent soumettre des demandes de paiement pour des services prodigués aux bénéficiaires doivent s'inscrire auprès d'Express Scripts Canada en remplissant et en signant une entente.

Express Scripts Canada offre de nombreux services aux fournisseurs inscrits, notamment les suivants :

- Le transfert électronique de fonds (TEF)
 - Un service électronique de transfert de fonds gratuit et sécuritaire. Les fonds sont versés directement au compte bancaire désigné du fournisseur la journée même du règlement.
- L'Échange électronique de données (EED)
 - Le système Point de service permet de soumettre en temps réel les demandes de paiement électroniques à partir du logiciel de la pharmacie et d'obtenir la réponse immédiatement. Pour se procurer un logiciel, les fournisseurs doivent

¹ Pour obtenir un exemplaire des normes canadiennes en matière de demandes de règlement électroniques, veuillez en faire la demande par la poste à l'Association des pharmaciens du Canada à l'adresse 1785 Alta Vista Drive Ottawa (Ontario) K1G 3Y6, par téléphone en composant le 613 523-7877 ou par télécopieur au 613 523-0445.

communiquer avec leur ordre professionnel afin d'obtenir la liste des fournisseurs de logiciels recommandés.

- L'accès au site Web des fournisseurs à l'adresse www.provider.express-scripts.ca pour obtenir les documents suivants :
 - Alertes à propos de tout changement apporté au STRDPSS.
 - Nouvelles de dernière heure, notamment les bulletins et les annonces.
 - Liste des médicaments.
 - Bulletins à l'intention des fournisseurs de services de médicaments.
 - Divers formulaires du Programme des SSNA.
 - Politiques et renseignements sur le programme (Guide du fournisseur de services pharmaceutiques).

3.1 Processus d'inscription du fournisseur de services de médicaments

Pour pouvoir s'inscrire auprès d'Express Scripts Canada dans le cadre du Programme des SSNA, le fournisseur est tenu de respecter les dispositions des lois, des règles et des règlements qui s'appliquent aux organismes de réglementation provinciaux et autres organismes gouvernementaux ayant juridiction sur sa profession, et il doit s'y conformer. Le fournisseur doit en tout temps être titulaire de tous les permis et certificats fédéraux, provinciaux et territoriaux qui sont nécessaires et qui lui permettent d'offrir les services de médicaments aux bénéficiaires.

Pour valider le permis d'exercice du fournisseur, le Service des relations avec les fournisseurs d'Express Scripts Canada communiquera avec les organismes provinciaux ou territoriaux chargés d'émettre les permis en question.

Les fournisseurs qui souhaitent offrir des services aux bénéficiaires doivent remplir toutes les pages de l'entente et la signer. Ils signifient ainsi leur intention de participer au Programme des SSNA et d'en respecter les modalités.

L'entente entrera en vigueur à la date à laquelle le numéro du fournisseur attribué par Express Scripts Canada prend effet.

Une fois qu'elle aura reçu *toutes les pages* de l'entente, Express Scripts Canada enverra l'entente au bureau régional de Santé Canada aux fins de vérification, après quoi l'inscription du fournisseur pourra être acceptée ou refusée. Le Programme des SSNA se réserve le droit de vérifier toutes les demandes d'inscription des fournisseurs.

Vous pouvez télécharger un exemplaire de l'entente en format PDF à partir du site Web des fournisseurs à l'adresse www.provider.express-scripts.ca Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour en demander un exemplaire qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

3.1.1 Pharmacies et pharmaciens propriétaires

Express Scripts Canada a pour politique de ne conclure l'entente qu'avec un pharmacien propriétaire d'une seule pharmacie à la fois. De cette manière, l'entente peut être conclue avec une société par actions, une société de personnes ou une entreprise individuelle ou encore avec une franchise qui est propriétaire d'une pharmacie donnée.

Express Scripts Canada ne conclura pas d'ententes avec une chaîne de pharmacies ou avec un seul actionnaire d'une pharmacie ou encore avec la société mère d'une pharmacie. Si une entreprise est propriétaire de plus d'une pharmacie, l'entente devra être conclue avec

chacune des pharmacies, à condition que celles-ci soient la propriété d'une personne morale distincte. Si une personne morale est propriétaire de plusieurs pharmacies, une entente distincte devra être signée par le propriétaire de chaque pharmacie. Au minimum, chaque pharmacie se verra attribuer un numéro de fournisseur individuel.

3.1.1.1 Pharmacies au Québec

Le bureau régional de Santé des Premières nations et des Inuits au Québec a conclu une entente distincte avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) au nom de toutes les pharmacies au Québec qui sont inscrites et qui peuvent offrir des services aux bénéficiaires des SSNA.

Les fournisseurs de services de médicaments du Québec doivent communiquer avec l'AQPP pour commencer le processus d'inscription. Les documents dûment remplis doivent être envoyés à Express Scripts Canada par télécopieur au numéro 1 855 622-0669 en vue de l'inscription.

3.1.2 Approbation et numéro de fournisseur

À l'exception des pharmacies du Québec (voir [l'article 3.1.1.1 Pharmacies au Québec](#)).

Si sa demande d'inscription est approuvée, Express Scripts Canada assigne un numéro au fournisseur.

Ce numéro sert à l'identification du fournisseur et au règlement des demandes traitées par Express Scripts Canada. Il permet de s'assurer que le règlement de la demande est envoyé à la bonne pharmacie. Les fournisseurs doivent inscrire ce numéro d'identification sur leurs demandes de paiement et sur toute communication avec Express Scripts Canada.

3.1.3 Documents et mises à jour à l'intention du fournisseur de services de médicaments

L'entente établit la relation entre le fournisseur de services de médicaments et Express Scripts Canada dans le cadre du Programme des SSNA. Les fournisseurs doivent respecter toutes les exigences du Programme des SSNA, telles qu'elles sont énoncées dans la trousse et dans toute autre communication que Santé Canada ou Express Scripts Canada envoient à intervalles réguliers aux fournisseurs, que ce soit par l'entremise du site Web des fournisseurs, par courriel, par télécopieur ou par la poste.

L'entente établit la relation entre le fournisseur de services de médicaments et Express Scripts Canada dans le cadre du Programme des SSNA. Les fournisseurs doivent respecter toutes les exigences du Programme des SSNA, telles qu'elles sont énoncées dans la trousse et dans toute autre communication que Santé Canada ou Express Scripts Canada envoient à intervalles réguliers aux fournisseurs, que ce soit par l'entremise du site Web des fournisseurs, par courriel, par télécopieur ou par la poste.

Les fournisseurs de services de médicaments qui vendent de l'équipement médical et des fournitures médicales doivent également s'assurer de remplir la section relative à l'« Expertise reconnue pour équipement médical et fournitures médicales (ÉMFM) », qui se trouve à l'Annexe C de l'entente. Le fournisseur ne pourra soumettre des demandes de paiement pour ÉMFM au moyen de son numéro de fournisseur que lorsqu'il aura rempli cette section. Pour en savoir davantage, voir [l'article 3.1.4 Modalités](#) de la trousse.

Nota : Pour pouvoir soumettre des demandes de paiement pour ÉMFM, le fournisseur d'ÉMFM doit être accrédité auprès de l'ordre professionnel de sa province ou de son territoire. Pour pouvoir demander le règlement d'articles d'ÉMFM dans le cadre du Programme des SSNA, le fournisseur d'ÉMFM doit remplir, signer et

soumettre L'Entente avec les fournisseurs d'équipement médical et de fournitures médicales (ÉMFM) aux fins d'approbation. Ce document est accessible sur le site Web des fournisseurs à l'adresse www.provider.express-scripts.ca

Les politiques du Programme des SSNA, la liste des médicaments, le processus de soumission des demandes de paiement et les renseignements sur les règlements sont présentés aux fournisseurs dans les documents suivants :

- Les trousse (services de médicaments ou d'ÉMFM).
- Les bulletins.
- Le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques ou le Guide du fournisseur d'équipement médical et de fournitures médicales (ÉMFM).
- Les bulletins à l'intention des fournisseurs de services de médicaments ou de services d'ÉMFM.
- Les messages à diffusion générale imprimés sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments ou ÉMFM.
- La Liste des médicaments ou la Liste des prestations et critères en équipement médical et fournitures médicales.
- Les annonces.

Il est important que les fournisseurs disposent de la plus récente version des documents afin de satisfaire aux exigences du Programme des SSNA. Vous trouverez des renseignements additionnels dans l'entente. Tous ces documents, à l'exception des relevés, se trouvent sur le site Web des fournisseurs.

3.1.4 Modalités

Le fournisseur qui souhaite se faire rembourser les services rendus aux bénéficiaires doit respecter les modalités du Programme des SSNA, telles qu'elles sont précisées dans l'entente, la présente trousse ou dans les bulletins à l'intention des fournisseurs de services de médicaments ou d'ÉMFM, notamment les suivantes sans toutefois s'y limiter :

- Exigences relatives au permis d'exercice et à l'admissibilité du bénéficiaire ([article 4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires](#)).
- Exigences en matière d'admissibilité du bénéficiaire ([article 4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires](#)).
- Exigences relatives à la coordination des services avec d'autres régimes de soins de santé ([article 4.2 Coordination des services](#)).
- Processus de soumission des demandes de paiement et autres documents pertinents ([article 4. Processus de soumission des demandes de paiement](#)).
- Services couverts et limites applicables ([article 4.4 Services couverts et limites dans le cadre du Programme des SSNA](#)).
- Exigences en matière de vérification, par Express Scripts Canada, des demandes de paiement soumises dans le cadre du Programme des SSNA ([article 5 Programme de vérification des fournisseurs](#)).
- Exigences relatives aux documents et aux dossiers pertinents à conserver ([article 5.3.5.6 Documents exigés aux fins de vérification](#)).

Par ailleurs, la surfacturation du coût d'un article est interdite. De ce fait, tout montant facturé aux bénéficiaires des SSNA peut faire l'objet d'un recouvrement par les services de vérification ([article 5.1 Objectifs du Programme de vérification des fournisseurs](#)). (C'est-à-dire, les frais d'exécution qui excèdent la différence entre les honoraires professionnels habituels et le maximum des frais d'exécution prévus dans le cadre du Programme des SSNA).

Le fournisseur doit rendre les services indiqués ci-dessous, conformément à l'entente, sans toutefois s'y limiter.

- Vérification de l'admissibilité du bénéficiaire
 - Le fournisseur doit prendre les mesures voulues afin de déterminer si la personne est admissible aux services dans le cadre du Programme des SSNA et si elle participe à un autre régime.
- Délivrance
 - Délivrer les médicaments à chaque bénéficiaire, conformément à toutes les lois et règlements applicables, aux politiques du Programme des SSNA, aux exigences et processus administratifs précisés dans la présente trousse et dans le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques.

3.1.4.1 Soumission électronique des demandes de paiement

Veillez soumettre chaque demande de paiement pour un médicament d'ordonnance à Express Scripts Canada selon les normes les plus à jour de l'APhC relatives à la transmission, au traitement et au règlement de la demande. La demande doit comporter les renseignements suivants :

- Numéro d'identification du prescripteur valide, tel qu'il a été émis par l'organisme de réglementation provincial ou territorial approprié.
- Numéro d'identification du médicament (DIN) indiqué sur l'emballage original à partir duquel le médicament couvert par le Programme des SSNA est délivré, ou le pseudo-DIN qui est attribué à l'équipement médical ou aux fournitures médicales;

Nota : En général, la quantité du médicament indiquée sur une demande de paiement correspond au nombre d'unités délivrées (c'est-à-dire le nombre de comprimés, de capsules, de millilitres, de grammes, etc.) Dans le cas des produits délivrés dans un emballage (par ex. les contraceptifs oraux, les inhalateurs), veuillez soumettre les demandes de paiement conformément aux dispositions du régime provincial d'assurance maladie. Les pharmacies en Saskatchewan et en Ontario soumettent les inhalateurs selon un emballage de un.

- Jours d'approvisionnement réels.
- Honoraires professionnels habituels, jusqu'au maximum des frais d'exécution de l'ordonnance qui ont été négociés avec le bureau régional des SSNA.
- Coût réel d'acquisition ou celui qui a été négocié et qui est indiqué dans les annexes régionales, jusqu'au maximum prévu par le Programme des SSNA.
- Majorations applicables, jusqu'au maximum qui a été négocié et qui est indiqué dans les annexes régionales (le cas échéant).

Si la demande de paiement ne peut être transmise en ligne, le fournisseur prendra les mesures jugées raisonnables pour transmettre la demande de paiement de nouveau. Si cette nouvelle transmission a échoué, le fournisseur devra communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs dès qu'il est raisonnablement possible de le faire afin de prendre d'autres dispositions (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)). Les demandes électroniques doivent être soumises dans les 30 jours suivant la date de l'exécution de l'ordonnance.

Champs obligatoires

- Numéro du bénéficiaire, de la bande ou de la famille. Ce numéro doit être entré pour les demandes transmises par échange électronique de données (EED).
- Nom du bénéficiaire.
- Prénom du bénéficiaire.

- Date de naissance du bénéficiaire.
- Date du service (doit être entrée selon le format AAAA-MM-JJ et ne peut être postérieure à la date du jour).
- DIN/Code de l'article (les huit caractères doivent être entrés; ils ne peuvent tous être des zéros et le code de l'article doit exister dans la base de données d'Express Scripts Canada).
- Numéro de l'ordonnance (doit être numérique et supérieur à zéro).
- Coût du médicament/de l'article (doit être numérique et supérieur à zéro).
- Quantité (doit être numérique et supérieure à zéro).
- Nombre de jours d'approvisionnement (doit être numérique et supérieure à zéro).

3.1.4.2 Soumission de demandes de paiement manuelles

Il est plus avantageux pour le pharmacien de soumettre des demandes de paiement électroniquement (selon les normes de soumission de l'APhC), car il s'agit de la méthode de soumission la plus rapide et la plus efficace. Si cela n'est pas possible, la demande de paiement peut être soumise à Express Scripts Canada au moyen du formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA. Les demandes de paiement soumises plus d'un an après la date d'exécution de l'ordonnance seront rejetées et retournées au fournisseur.

- Normes de service. Le fournisseur doit se conformer à toutes les lois applicables et aux normes de service de son ordre professionnel lorsqu'il offre des services aux bénéficiaires, y compris les services de consultation.
- Conformité aux lois, licences et permis (voir l'article 3.1 (1) de l'entente).
- Révision de l'utilisation des médicaments (RUM).
- Conformité avec la Liste des médicaments et la trousse.

Le fournisseur et son personnel doivent respecter ce qui suit :

- Suivre la démarche d'Express Scripts Canada concernant la révision de l'utilisation des médicaments et la substitution des médicaments génériques, telle qu'elle est présentée dans la trousse.
- Respecter la liste des médicaments offerts dans le cadre du Programme des SSNA lorsqu'ils délivrent des médicaments aux bénéficiaires.

Le fournisseur et son personnel ne doivent pas faire ce qui suit :

- Mettre en place un programme de substitution à l'intention des bénéficiaires des SSNA qui n'est pas conforme aux règlements provinciaux sur l'interchangeabilité ou à ceux du Programme des SSNA, y compris la Liste des médicaments qui s'applique.

3.1.5 Modification des renseignements sur le fournisseur

Les renseignements indiqués dans le dossier du fournisseur doivent toujours être à jour pour éviter un retard dans le règlement des demandes et dans l'envoi des documents (p. ex. les relevés, les bulletins, etc.) par courriel, par télécopieur ou par la poste. Le fournisseur **doit** avertir immédiatement Express Scripts Canada de tout changement aux renseignements fournis lors de l'inscription.

Le fournisseur *peut communiquer* avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour modifier ou corriger les éléments suivants :

- Numéro de télécopieur.

- Numéro de téléphone.
- Adresse courriel.
- Adresse actuelle (correction seulement).
- Mode de communication privilégié (par télécopieur, par courriel ou par la poste).

Pour modifier tout autre renseignement, veuillez remplir le Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur de services de médicaments et d'ÉMFM et l'envoyer à Express Scripts Canada, aux coordonnées indiquées sur le formulaire.

Il peut s'agir des renseignements suivants :

- Changement de propriétaire ou de dénomination sociale de la pharmacie
- Inscription au TEF ou modification des renseignements relatifs au TEF.
- Fermeture de la pharmacie.

Les fournisseurs peuvent télécharger un exemplaire du Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur de services de médicaments et d'ÉMFM à partir du site Web des fournisseurs à l'adresse : www.provider.express-scripts.ca et l'envoyer de la manière indiquée sur le formulaire. Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour en demander un exemplaire qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

Les fournisseurs qui résident à l'extérieur du Québec et qui souhaitent changer le nom de leur pharmacie ou encore en modifier la raison sociale **doivent** remplir une nouvelle entente, après quoi ils obtiendront un nouveau numéro de fournisseur. Vous pouvez télécharger un exemplaire de l'entente à partir du site Web des fournisseurs à l'adresse : www.provider.express-scripts.ca

Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour en demander un exemplaire qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

En ce qui a trait aux pharmacies au Québec, toutes les nouvelles inscriptions et les modifications qui y sont apportées par la suite devront être effectuées auprès de l'AQPP.

3.1.6 Résiliation de l'inscription du fournisseur

Conformément au paragraphe 11 (1) de l'entente, l'inscription du fournisseur peut être résiliée en tout temps par le fournisseur ou Express Scripts Canada.

L'une ou l'autre des parties peut résilier l'entente à tout moment sans motif en avisant la partie concernée par écrit 45 jours à l'avance. Le fournisseur doit envoyer un avis de résiliation de son inscription par télécopieur ou par la poste aux coordonnées ci-dessous :

Par télécopieur

1 855 622-0669

Par la poste

Express Scripts Canada
Service des relations avec les fournisseurs
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

Par suite de la résiliation de l'inscription du fournisseur, Express Scripts Canada ne traitera plus les demandes de paiement dont la date est postérieure à celle de la résiliation. Le fournisseur pourra cependant soumettre manuellement des demandes de paiement pour les

services rendus *avant* la date de résiliation. Express Scripts Canada paiera au fournisseur tout montant dû jusqu'à la date de résiliation, dans les 60 jours qui suivent cette date de résiliation.

La résiliation de l'inscription du fournisseur ne met pas fin aux droits et obligations du fournisseur ou d'Express Scripts Canada en ce qui a trait aux activités d'audit. Veuillez vous reporter à [l'article 5 Vérification des fournisseurs](#) ou aux autres articles de l'entente, comme l'indique l'article e 11 (3) de l'entente.

4. Processus habituel de soumission des demandes de paiement

4.1 Identification et admissibilité des bénéficiaires

Il incombe au fournisseur de vérifier l'admissibilité d'un bénéficiaire aux services offerts dans le cadre du Programme des SSNA et de déterminer s'il participe à un autre régime.

Pour être admissible, le bénéficiaire doit être un résident du Canada et satisfaire aux conditions suivantes :

- Être un membre admissible des Premières nations, notamment un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens*.
- Être un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale.
- Être un nourrisson de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible.

Pour faciliter la vérification de l'identité du bénéficiaire, vous devez fournir les renseignements ci-dessous sur chaque demande de paiement :

- Nom de famille (sous lequel le bénéficiaire est inscrit).
- Prénom(s) (sous lequel le bénéficiaire est inscrit).
- Date de naissance (AAAA-MM-JJ).
- Numéro du bénéficiaire.

Il est recommandé de demander aux bénéficiaires de présenter à chaque visite leur certificat sécurisé de statut d'Indien au fournisseur afin de s'assurer que les renseignements sur le bénéficiaire en question sont saisis correctement et que le bénéficiaire est protégé contre une erreur sur la personne.

4.1.1 Numéros d'identification des bénéficiaires inuits reconnus

Les numéros d'identification des bénéficiaires inuits reconnus sont les suivants :

- Numéro du régime d'assurance maladie du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O) :
 - Les bénéficiaires inuits des Territoires du Nord-Ouest peuvent s'identifier en fournissant leur numéro du régime d'assurance maladie et qui est émis par le gouvernement des T.N.-O. Ce numéro est valide dans toutes les régions du Canada et sa concordance avec le numéro de la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) est vérifiée. Il commence par la lettre « T » et est suivi de sept chiffres.
- Numéro du régime d'assurance maladie du gouvernement du Nunavut :
 - Les bénéficiaires inuits du Nunavut peuvent s'identifier en fournissant le numéro du régime d'assurance maladie et qui est émis par le gouvernement du Nunavut. Ce numéro est valide dans toutes les régions du Canada et sa

concordance avec le numéro de la DGSPNI est vérifiée. Il s'agit d'un numéro de neuf chiffres commençant par « 1 » et se terminant par « 5 ».

- Numéro d'identification de la DGSPNI (Numéro N) :
 - Ce numéro d'identification est émis par la DGSPNI aux bénéficiaires Inuits reconnus. Ce numéro commence par la lettre N et est suivi de huit chiffres.

La carte de Santé Canada pour les résidents des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut, ou encore une lettre imprimée comportant l'en-tête de Santé Canada et permettant d'identifier la personne ainsi qu'une carte d'identification avec photo, suffisent pour identifier les bénéficiaires.

4.1.2 Numéros d'identification requis pour les membres admissibles des Premières nations

Les bénéficiaires admissibles des Premières nations doivent fournir l'un des numéros suivants :

- Le numéro d'inscription des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC)
 - Il s'agit d'un numéro de 10 chiffres émis par les AADNC. Le numéro des AADNC est celui que l'on privilégie généralement comme numéro d'identification des bénéficiaires des Premières nations.

Le numéro de 10 chiffres des AADNC est composé de ce qui suit :

- les trois premiers chiffres représentent le numéro de bande à laquelle la personne appartient.
- le cas échéant, les sept autres chiffres sont le numéro de bande suivi du numéro de famille.
- Numéro de bande et de famille :
 - S'il n'y a pas de numéro des AADNC, on peut identifier le bénéficiaire par son numéro de bande et son numéro de famille, le cas échéant.
- Numéro d'identification de la DGSPNI (Numéro B) :
 - Dans des cas particuliers et exceptionnels, certains bénéficiaires des Premières nations reçoivent un numéro émis par la DGSPNI. Ce numéro commence par la lettre B et est suivi de huit chiffres.

4.1.3 Personnes exclues du Programme des SSNA

Les personnes *exclues* du Programme des SSNA sont les suivantes :

- Les membres des Premières nations et les Inuits qui sont incarcérés dans un centre de détention fédéral, provincial, territorial ou municipal.
- Les enfants des Premières nations placés sous la protection des services sociaux provinciaux ou territoriaux.
- Les personnes qui séjournent dans une institution provinciale ou territoriale, par exemple les établissements de soins de longue durée.

4.1.4 Dispositions spéciales pour les nourrissons des Premières nations et des Inuits âgés de moins d'un an

Des dispositions spéciales ont été prévues aux fins d'identification des nourrissons de moins d'un an. Ces dispositions donnent aux parents admissibles au Programme des SSNA le temps d'inscrire leur nourrisson auprès de l'organisme autochtone applicable.

Si un nourrisson âgé de moins d'un an n'a pas été inscrit, les parents doivent être dirigés vers le bureau ou l'organisme approprié :

Bénéficiaires	Bureau ou organisme
Premières nations	Les parents doivent communiquer avec le bureau de leur bande ou le Service des inscriptions des AADNC en composant le 1 819 953-0960.
Inuits des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut	Les parents doivent s'adresser à leur ministère de la Santé et des services sociaux respectif et à leur organisation inuite respective.
Inuits résidant à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut	Les parents doivent s'adresser au bureau régional de la Santé Canada le plus près.

La première demande de paiement pour un médicament prescrit à un nourrisson doit être soumise manuellement à Express Scripts Canada au moyen du Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA. Les demandes subséquentes soumises électroniquement au nom du nourrisson doivent comporter le numéro d'identification primaire de l'un des parents (par exemple, le numéro des AADNC, le numéro de bénéficiaire ou le numéro de famille ou de bande, le numéro de bénéficiaire de la DGSPNI ou le numéro du régime d'assurance maladie du gouvernement des T.N.-O. ou du Nunavut) inscrit dans le champ du **numéro de bénéficiaire**. Les renseignements relatifs à l'identification du nourrisson doivent figurer dans les champs du nom de famille, du prénom et de la date de naissance.

Nota : Afin que le nourrisson demeure admissible, les parents doivent obtenir auprès du bureau d'inscription ou de l'organisme approprié un numéro d'identification valable, avant le premier anniversaire du nourrisson.

4.1.5 Services de santé non assurés fournis par les organisations des Premières nations et des Inuits

Le Programme des SSNA est parfois administré par des organisations des Premières nations ou des Inuits ou des autorités sanitaires provinciales et territoriales en vertu d'ententes particulières. Grâce à ces ententes, il se peut que d'autres modèles de prestation des services de soins de santé aient été créés.

Lorsqu'un service n'est plus offert à un bénéficiaire dans le cadre du Programme des SSNA, le nom du nouvel administrateur du service est précisé dans les bulletins à l'intention des fournisseurs de services de médicaments. Dans de tels cas, les bénéficiaires des Premières nations ou des Inuits obtiennent les services auprès de leur organisation plutôt que par l'entremise du Programme des SSNA. Les fournisseurs doivent communiquer avec les organisations concernées pour obtenir de plus amples renseignements.

Les organisations des Premières nations et des Inuits ci-dessous ont pris en main la responsabilité de la prestation des services pour médicaments :

- Akwesasne, bande n° 159
- Bigstone Cree Nation, bande n° 458
- Cris de la Baie James (9 bandes) :
 - Naskapis, bande n° 081
 - Chisasibi, bande n° 058
 - Eastmain, bande n° 057
 - Nemiscau, bande n° 059
 - Waskaganish, bande n° 061
 - Waswanipi, bande n° 056
 - Wemindji, bande n° 060
 - Whapmagoostui, bande n° 095
 - Mistassini, bande n° 075
- Gouvernement du Nunatsiavut (anciennement la Commission des services de santé des Inuits du Labrador)
- Nisga'a Valley Health Board :
 - Gingolx, bande n° 671 (Kincolith)
 - Gitakdamix, bande n° 677 (New Aiyanih)
 - Lakalzap, bande n° 678 (Greenville)
 - Gitwinksilkw, bande n° 679 (Canyon City)

4.2 Coordination des services

Pour chaque demande de paiement soumise, les fournisseurs doivent vérifier auprès du bénéficiaire si ce dernier participe à un autre régime. Le cas échéant, le fournisseur devra d'abord soumettre la demande de paiement à l'autre régime avant de demander un règlement dans le cadre du Programme des SSNA.

Il peut s'agir d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial (p. ex. le Programme sur les appareils et accessoires fonctionnels) ou d'un régime d'assurance maladie privé, y compris celui des Services sociaux, de la Commission des accidents du travail ou encore un régime d'avantages sociaux de l'employeur. Une fois que l'autre régime a traité la demande et généré le message d'explication des services (EDS) le fournisseur peut envoyer l'EDS et une copie de la demande de paiement à Express Scripts Canada en vue du traitement. L'EDS doit indiquer les montants payés par le régime principal.

Nota : Le Programme des SSNA ne rembourse que les demandes de paiement admissibles qui ne sont pas remboursées par aucun autre régime.

4.2.1 Coordination des services avec le Programme de médicaments de l'Ontario

Pour les bénéficiaires admissibles âgés de plus de 65 ans et les bénéficiaires de l'aide sociale, les pharmaciens de l'Ontario doivent coordonner les services pour médicaments et soumettre d'abord les demandes de paiement au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) avant de soumettre une demande au Programme des SSNA.

Dans le cas des médicaments qui figurent sur la Liste des médicaments à usage restreint du PMO, les pharmaciens de l'Ontario doivent déterminer si le bénéficiaire est admissible au PMO avant de soumettre la demande à Express Scripts Canada. Le pharmacien pourrait devoir communiquer avec le prescripteur afin de déterminer si le bénéficiaire répond aux exigences du PMO. Il faut documenter la démarche et consigner les détails au dossier du

bénéficiaire aux fins de révision lors d'une éventuelle vérification sur place. Si le logiciel de la pharmacie ne permet pas de soumettre adéquatement la demande de paiement pour le médicament en question et d'obtenir le règlement, le fournisseur devra soumettre la demande manuellement à Express Scripts Canada et communiquer avec le fournisseur de son logiciel pour qu'une mise à niveau soit effectuée.

Si le pharmacien ne conserve pas de dossier approprié à ce sujet, il devra soumettre de nouveau la demande de paiement.

Depuis le 9 décembre 2011, les fournisseurs de services de médicaments n'ont plus à soumettre des honoraires pour services spéciaux à Express Scripts Canada aux fins de coordination des services avec le PMO.

Ainsi, les demandes de paiement qui font l'objet d'une coordination des services avec le PMO doivent indiquer le coût du médicament, les frais d'exécution de l'ordonnance, la majoration et le montant couvert par le régime provincial à titre de part du régime principal dans les champs appropriés. Le fournisseur doit également entrer le code d'intervention DA de l'APhC.

Par ailleurs, lorsqu'une demande de paiement faisant l'objet d'une coordination des services avec le PMO porte sur des médicaments pour lesquels le Programme des SSNA a prévu une limite de fréquence et que le bénéficiaire dépasse cette limite, le système génère un message avec le code « CR - Le patient a dépassé la posologie recommandée ». Pour le moment, ce message ne sert qu'à vous aviser et Express Scripts Canada continuera à traiter ces types de demandes.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

4.2.2 Programme de révision de l'utilisation des médicaments

Lorsqu'elles sont soumises au point de service, toutes les demandes de paiement font l'objet d'une révision de l'utilisation des médicaments (RUM). Cela s'applique également aux demandes qui ont été soumises d'abord au régime d'assurance médicaments provincial ou territorial et pour lesquelles aucun remboursement n'a eu lieu.

La RUM permet d'aviser le fournisseur de problèmes potentiels avec l'ordonnance ou d'interactions médicamenteuses. La RUM n'est pas destinée à remplacer le jugement d'un professionnel ou les services personnalisés offerts à un bénéficiaire dans le cadre des soins de santé, mais plutôt à améliorer les services rendus au moyen de renseignements supplémentaires. Une fois que le pharmacien a passé en revue le message de rejet de la RUM et a consulté le prescripteur, le bénéficiaire ou les autres sources au besoin, il peut soumettre de nouveau la demande rejetée au Programme des SSNA au moyen du code d'intervention de l'APhC valide.

Dans le cadre du Programme des SSNA, le fournisseur doit documenter la nature de son intervention directement sur l'ordonnance ou dans le profil du bénéficiaire dans le système. Cette intervention doit être conservée comme preuve aux fins de vérification. Les demandes de paiement ayant été passées en revue dans le cadre de la RUM peuvent faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement lorsque la nature de l'intervention du pharmacien n'est pas documentée.

Les renseignements et les documents à l'appui sont les suivants, sans toutefois s'y limiter

- Date d'intervention.
- Résumé de l'intervention par le pharmacien.
- Communication documentée avec le prescripteur, le fournisseur de soins ou le bénéficiaire.

- Motif du renouvellement anticipé de l'ordonnance (médicament perdu, détruit ou volé, prescripteur ayant changé la posologie ou bénéficiaire devant se rendre à l'extérieur de la ville et ne disposant pas d'un approvisionnement suffisant pour couvrir toute la durée du séjour).

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

4.2.3 Honoraires de refus d'exécution d'une ordonnance

Un fournisseur de services de médicaments en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ou au Manitoba peut refuser d'exécuter une ordonnance lorsque la demande de paiement a été rejetée par suite de la révision de l'utilisation des médicaments (RUM) et que le fournisseur juge qu'il en va de l'intérêt véritable du bénéficiaire. Les honoraires de refus d'exécution ne s'appliquent qu'aux demandes de paiement par EED.

Dans ce cas, le fournisseur peut demander au Programme des SSNA des honoraires correspondant à ses honoraires professionnels habituels. Le fournisseur doit alors soumettre de nouveau la demande de paiement avec les renseignements originaux, et utiliser le code d'intervention UL.

4.3 Autorisation préalable pour les médicaments

Il peut être nécessaire d'obtenir une autorisation préalable auprès du CEM dans les circonstances suivantes :

- Médicaments d'exception qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments.
- Médicaments à usage restreint qui figurent sur la Liste des médicaments.
- Médicaments couverts sans restriction qui figurent sur la Liste des médicaments, mais dont la catégorie comporte des limites.
- Médicaments couverts sans restriction qui figurent sur la Liste des médicaments, mais dont le montant total réclamé dépasse 999,99 \$ ou la limite d'approvisionnement de 100 jours.

Certaines demandes spéciales pour des médicaments à usage restreint ou des médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments peuvent être exceptionnellement couvertes dans des circonstances spéciales. Ils requièrent alors une autorisation préalable.

Nota : Les autorisations préalables qu'accordent les bureaux régionaux de Santé Canada pour articles d'ÉMFM portent sur des articles et non sur leur coût. Ainsi, les fournisseurs du Programme des SSNA ne doivent pas facturer un coût qui est supérieur au coût réel d'acquisition.

4.3.1 Autorisation préalable pour les médicaments d'ordonnance

Le pharmacien communique avec le CEM et fournit les renseignements sur l'ordonnance, le prescripteur, le pharmacien et le bénéficiaire.

Au besoin, l'analyste du CEM télécopiera au prescripteur un exemplaire du formulaire de demande d'exception ou de demande de médicament à usage restreint. Le prescripteur autorisé doit remplir le formulaire en indiquant les raisons particulières pour lesquelles le médicament est nécessaire.

Le CEM examine les réponses, puis prend une décision. Une lettre de confirmation est ensuite télécopiée au pharmacien. Le processus décisionnel peut prendre quelques jours. Le délai nécessaire à l'approbation dépend des renseignements fournis par le prescripteur autorisé.

Les autorisations préalables sont entrées électroniquement dans le système de traitement des demandes de paiement. Pour éviter le rejet des demandes de paiement, veuillez préciser la date d'exécution de l'ordonnance à l'analyste, qui s'assurera que la date de service est comprise dans la période de l'autorisation préalable.

4.3.2 Lettre de confirmation d'autorisation préalable

Si une autorisation préalable est accordée, le fournisseur recevra par télécopieur une lettre de confirmation d'autorisation préalable qui indique les dates et les détails relatifs à l'autorisation. Cette lettre doit être conservée aux fins de facturation ou de validation dans le cas de divergences.

Lorsque le fournisseur soumet une demande de paiement, il doit s'assurer de préciser la date de service (date d'exécution de l'ordonnance), car c'est cette dernière qui permet de déterminer si la demande de paiement est rejetée ou non.

- Pour un médicament ponctuel, la date d'autorisation préalable correspond à la date de saisie de la demande de paiement dans le système. Les demandes de paiement dont la date de service (date d'exécution de l'ordonnance) est antérieure à la date d'autorisation préalable seront rejetées. Toutefois, si le CEM reçoit un appel du fournisseur qui demande d'antidater l'autorisation préalable, il se peut que le CEM acquiesce à sa demande.
- Pour des médicaments à répétition ou des médicaments pour lesquels l'autorisation préalable a été accordée après la date de service (avec justification), la date d'autorisation préalable correspond à la date de la demande et comprend des dates de début et de fin. La date de service indiquée sur la demande de paiement doit être postérieure à la date de début précisée sur l'autorisation préalable et antérieure à la date de fin de cette dernière, sinon la demande sera rejetée.

Les lettres de confirmation d'autorisation préalable pour les médicaments dont l'ordonnance est renouvelée peuvent contenir les renseignements suivants :

- Frais d'exécution de l'ordonnance
- Coût unitaire
- Nombre de renouvellements
- Part du premier payeur
- Quantité minimale pour la demande
- Numéro du médicament
- Nom du médicament
- Dates de début et de fin
- Majoration approuvée pour chaque demande de paiement avec autorisation préalable à l'appui (plutôt que la majoration totale permise pour toutes les demandes de paiement avec autorisation préalable)
- Quantité totales approuvées ou montants totaux approuvés pour toutes les demandes de paiement avec autorisation préalable à l'appui, jusqu'au nombre de renouvellements indiqués (plutôt que la quantité et le montant approuvés pour chaque demande de paiement).
- Commentaires d'ordre général

4.3.2.1 Confirmation

Si une autorisation préalable est accordée, le fournisseur recevra un numéro d'autorisation préalable aux fins de facturation. Le fournisseur doit consigner ce numéro ainsi que les détails relatifs à l'autorisation (p. ex., description du médicament, quantité, valeur et limites).

Il recevra par courriel, par télécopieur ou par la poste une lettre de confirmation d'autorisation préalable qui indiquera les dates et les détails relatifs à l'autorisation. Cette lettre doit être conservée aux fins de facturation.

4.3.2.2 Soumission d'une demande de paiement avec autorisation préalable

Avant de soumettre une demande de paiement pour un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation préalable, veuillez vous assurer que le numéro d'autorisation préalable sur la demande de paiement correspond au numéro indiqué sur la lettre de confirmation et que la date de service est la même que la date d'exécution de l'ordonnance.

Reportez-vous à [l'article 7. Messages et explications sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments](#) pour connaître tous les renseignements obligatoires relatifs à la soumission et à la transmission des demandes de paiement..

4.3.3 Approvisionnement d'urgence

Les médicaments ne peuvent tous faire l'objet d'un approvisionnement d'urgence. Lorsqu'un bénéficiaire doit se procurer un médicament admissible qui exige une autorisation préalable et que tous les critères relatifs à cette autorisation ne sont pas respectés (p. ex. la demande de paiement est soumise électroniquement et l'autorisation préalable n'est pas accordée en ligne comme le précise le message de l'APhC), et qu'il est impossible de communiquer avec le CEM, par exemple lors d'un jour férié ou après les heures d'ouverture, le pharmacien peut délivrer un approvisionnement maximal de quatre jours.

Le fournisseur doit alors soumettre de nouveau la demande de paiement qui a été rejetée en raison de l'autorisation préalable dès que le CEM est ouvert, et ce, aux fins d'examen.

Par suite de la délivrance d'un approvisionnement d'urgence, le fournisseur est tenu de suivre le processus habituel d'autorisation préalable pour délivrer le reste de l'approvisionnement du médicament. Si une autorisation préalable est accordée pour le reste de l'approvisionnement,

- a) Le pharmacien recevra par télécopieur ou par la poste le numéro d'autorisation préalable ainsi que les détails à cet effet.
- b) Ce numéro d'autorisation préalable doit figurer sur la demande de paiement subséquente. Les demandes de paiement pour des approvisionnements d'urgence qui sont délivrés pendant les heures d'ouverture du CEM feront l'objet d'un recouvrement.

4.3.4 Autorisation automatique

Afin de réduire le temps que le bénéficiaire doit attendre avant d'obtenir son médicament, le STRDPSS permet de traiter automatiquement les demandes de paiement relatives à un certain nombre de médicaments. L'amélioration du processus d'autorisation préalable est avantageuse pour les fournisseurs, car elle permet un traitement électronique plus rapide de certaines demandes de paiement, sans qu'il soit nécessaire d'appeler le CEM.

Le système vérifie les prérequis du médicament, tels qu'ils sont précisés sur la liste des médicaments à usage restreint.

Dans certaines situations, le système invite les pharmaciens à poursuivre le processus d'autorisation préalable. Si le pharmacien choisit de continuer, la requête sera automatiquement acheminée au CEM aux fins d'examen, sans qu'il soit nécessaire d'appeler le CEM. De cette manière, le CEM peut envoyer immédiatement un questionnaire d'évaluation des services (QES) au prescripteur et ainsi réduire la charge de travail des pharmaciens en éliminant un appel au CEM.

Si la requête relative à l'un de ces médicaments ne respecte pas les critères des médicaments à usage restreint, le système générera le code RW de l'APhC avec le message - Autorisation spéciale (AS) requise ainsi que le message AS requise. Veuillez resoumettre et utiliser le code DR. Le fournisseur devra alors entrer le code d'intervention DR pour effectuer une demande d'autorisation préalable auprès du CEM.

La demande soumise avec le code DR sera retournée avec le code de réponse RZ de l'APhC - Demande soumise pour examen - n° de cas XXXXXXXX. Le numéro de cas sert à confirmer que la demande a été soumise au CEM aux fins d'autorisation préalable.

Le CEM vérifiera ensuite la demande d'autorisation préalable auprès du fournisseur et lui demandera de fournir des renseignements supplémentaires, au besoin.

Vous pouvez consulter la liste complète des médicaments admissibles à une autorisation automatique sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/index-fra.php

4.3.5 Traitement et règlement des demandes de paiement

Peu importe la méthode de facturation qu'utilise le fournisseur, la demande de paiement **doit** comporter tous les éléments d'information requis pour que le traitement et le règlement soient efficaces. Ces éléments doivent être soumis dans le même ordre qu'ils figurent sur le Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA.

Les demandes manuelles doivent être soumises *au moins toutes les deux semaines* à l'aide d'un formulaire généré par ordinateur ou du Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA lorsque la demande est soumise après 30 jours. Autrement, les annulations et les corrections peuvent être effectuées au moyen du système PDS.

Veuillez utiliser le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs – Médicaments pour annuler ou corriger une demande de paiement et y indiquer le motif d'annulation ou de correction.

Reportez-vous à [l'article 7 Messages et explications sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments](#) pour connaître les directives relatives à la facturation et au règlement.

4.3.6 Facturation de la méthadone (pseudo-DIN 00908835)

La méthadone, qui est utilisée pour traiter la dépendance aux opioïdes, ne requiert pas d'autorisation préalable, sauf dans les provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard), où la méthadone est considérée comme un médicament à usage restreint.

Veuillez indiquer le pseudo-DIN 00908835 lorsque vous soumettez une demande de paiement pour de la méthadone délivrée dans le cadre d'un traitement de la dépendance aux opioïdes. Les demandes de paiement soumises avec un autre Pseudo-DIN feront l'objet d'un recouvrement.

Lorsqu'une demande de paiement est soumise pour de la méthadone, les renseignements ci-dessous sont pris en compte :

- Le médecin traitant a évalué le bénéficiaire et lui a prescrit de la méthadone comme médicament d'entretien, conformément aux politiques et aux directives provinciales.
- Le bénéficiaire est âgé de 16 ans et plus.

- Le nombre de jours d'approvisionnement de méthadone figurant sur une demande de paiement déjà réglée doit être écoulé avant qu'une quantité supplémentaire puisse être délivrée.
- Le nombre de jours maximum d'approvisionnement de la méthadone est fixé à sept jours.
- Il s'agit de la limite maximale de doses quotidiennes permises pour un bénéficiaire.
- Les honoraires professionnels sur les demandes de paiement pour de la méthadone doivent être fondés sur le nombre de doses délivrées au bénéficiaire et ne doivent pas dépasser ceux qui sont indiqués dans les lignes directrices en matière de facturation et de règlement pour la province ou le territoire.
- Le médecin ayant prescrit la méthadone consent à être le seul prescripteur de benzodiazépines et d'opioïdes pour le bénéficiaire pendant la durée du traitement d'entretien à la méthadone.
- Un autre fournisseur ne peut soumettre une demande de paiement pour de la méthadone pour un même bénéficiaire ou une même date de service. Le bénéficiaire consent à ce que le prescripteur de méthadone soit le seul à lui prescrire les benzodiazépines et les opioïdes pour qu'elles soient couvertes dans le cadre du Programme des SSNA.
- Le numéro de permis d'exercice du prescripteur servira à désigner le prescripteur autorisé et sera demandé par les analystes du CEM. Veuillez vous assurer d'utiliser le même numéro, y compris les zéros, dans vos demandes de paiement futures pour les benzodiazépines et les opioïdes. Les formulaires de méthadone à usage restreint seront disponibles aux bureaux ou dans les cliniques des prescripteurs autorisés de méthadone.

Pour faciliter le processus d'autorisation préalable, le prescripteur doit remplir un formulaire de demande de méthadone et le remettre au bénéficiaire avant que celui-ci ne se rende à la pharmacie. Lorsque le pharmacien reçoit le formulaire dûment rempli, il doit communiquer avec le CEM pour obtenir un numéro de cas, puis télécopier le formulaire au CEM.

Les bénéficiaires des SSNA qui obtiennent de la méthadone pour traiter leur dépendance aux opioïdes et qui ont commencé le traitement avant le 15 août 2011 pourront le poursuivre sans interruption. Toutefois, le personnel du Programme des SSNA travaillera de pair avec le prescripteur et le pharmacien du bénéficiaire pour s'assurer que les critères relatifs à l'usage restreint sont respectés.

Les politiques actuelles relatives au remboursement de la méthadone demeurent en vigueur. Pour en savoir davantage, veuillez consulter le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/drug-med/2010-prov-fourn-guide/index-fra.php

4.3.7 Lettre de confirmation d'autorisation spéciale

Le CEM peut accorder à un pharmacien, au moyen d'une lettre de confirmation d'autorisation spéciale, l'autorisation spéciale qui lui permettra de délivrer un médicament ou un groupe de médicaments particulier.

La lettre de confirmation est envoyée directement au pharmacien et comporte les renseignements suivants :

- Code de l'article
- Nom de l'article
- Admissibilité
- Jours d'approvisionnement

- Quantité maximale par demande de paiement
- Quantité totale
- Nom du groupe de médicaments
- Date d'effet
- Date d'expiration

De plus, la lettre de confirmation comprendra une note avisant le fournisseur que l'article est approuvé : « Approuvé par autorisation spéciale, veuillez facturer directement. » Les demandes de paiement qui sont soumises dans le cadre de cette autorisation spéciale ne seront pas traitées correctement si elles sont soumises avec un numéro d'autorisation préalable sans autre commentaire.

4.4 Services couverts et limites dans le cadre du Programme des SSNA

Pour en savoir davantage sur les services couverts et les services qui comportent une limite de fréquence ou qui doivent faire l'objet d'une autorisation préalable, veuillez consulter le Guide du fournisseur de services pharmaceutiques sur le site Web des fournisseurs à l'adresse : www.provider.express-scripts.ca (cliquez sur **Renseignements sur le programme et les politiques**) ou communiquez avec le bureau régional de Santé Canada pour en obtenir un exemplaire.

Les bénéficiaires admissibles des Premières nations et les Inuits peuvent obtenir des médicaments d'ordonnance lorsque **toutes** les conditions ci-dessous sont réunies :

- Le médicament figure sur la version à jour de la Liste des médicaments. Des exceptions peuvent toutefois être prises en compte au cas par cas.
- Le médicament a été prescrit par un prescripteur reconnu (autorisé à rédiger des ordonnances par l'organisme de réglementation de la province dans laquelle il pratique et à prescrire le médicament conformément aux directives en matière de prescription de sa province ou de son territoire), y compris, mais sans s'y limiter, les personnes suivantes :
 - Omnipraticien
 - Spécialiste
 - Infirmière praticienne
 - Sage-femme
- L'ordonnance est valide (selon la définition des lois fédérales et provinciales) et est rédigée par un prescripteur reconnu.

Nota : L'ordonnance initiale doit être conservée au dossier pendant deux ans ou aussi longtemps qu'elle est exécutée, si la période concernée dépasse deux ans. Les ordonnances valides doivent être conservées au dossier pendant deux ans après la dernière date d'exécution (et non à compter de la date de l'ordonnance).

- Le médicament figure sur la Liste des médicaments et est délivré sur ordonnance par un prescripteur autorisé ou encore un pharmacien autorisé par l'Ordre des pharmaciens à délivrer des médicaments et qui est inscrit auprès d'Express Scripts Canada.
- Le CEM a accordé une autorisation préalable, lorsque cela est requis. Pour en savoir davantage sur le processus, voir [l'article 4.3 Autorisation préalable des médicaments](#).
- Le fournisseur ne doit en aucun cas substituer l'ordonnance d'un bénéficiaire pour un médicament qui ne figure pas sur la Liste des médicaments, sauf s'il est possible

de faire une substitution générique ou s'il s'agit d'un médicament qui est médicalement nécessaire. Le fournisseur ne doit pas établir, pour un bénéficiaire, un programme de substitution incompatible avec la Liste des médicaments.

- Le bénéficiaire ne peut se procurer l'article par l'intermédiaire d'un régime de soins de santé fédéral, provincial, territorial ou autre. Pour obtenir des renseignements additionnels, voir [l'article 4.2 Coordination des services](#).

Nota : Les fournisseurs doivent se conformer aux critères établis afin de s'assurer que les prescripteurs sont en mesure de respecter la politique du Programme des SSNA. Les règles et règlements provinciaux relatifs aux prescripteurs peuvent ne pas s'appliquer dans le cadre du Programme des SSNA. Dans l'éventualité où les politiques du Programme des SSNA diffèrent des politiques provinciales à l'égard des personnes ayant la capacité de prescrire, les politiques du Programme des SSNA auront préséance.

Vous pouvez télécharger la Liste des médicaments à partir du site Web des fournisseurs à l'adresse : www.provider.express-scripts.ca (cliquez sur Liste des médicaments). La liste est également accessible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/index-fra.php La Liste des médicaments fait habituellement l'objet d'une mise à jour trimestrielle.

4.4.1 Médicaments couverts sans restriction

Les médicaments couverts sans restriction sont les médicaments qui figurent sur la Liste des médicaments mais qui ne comportent ni critères établis, ni limite de fréquence, ni limite relative au sexe ou à l'âge et qui n'exigent pas d'autorisation préalable.

4.4.2 Médicaments à usage restreint

Dans certains cas, l'inscription de certains produits pharmaceutiques sur la liste de médicaments générale est inappropriée. Ces médicaments peuvent toutefois être utiles dans certaines circonstances. Ces produits peuvent alors être inscrits avec la mention « produit à usage restreint » et être soumis à des critères particuliers d'utilisation dans le cadre du Programme des SSNA. Un produit sera désigné « à usage restreint » s'il satisfait aux conditions suivantes :

- Il présente un fort potentiel d'utilisation qui est contraire aux indications pour lesquelles un avantage a été démontré.
- Son efficacité a été démontrée, mais son utilisation est accompagnée d'effets indésirables prévisibles importants.
- Il s'agit d'un médicament de deuxième ou de troisième intention et son utilisation est justifiée en raison d'allergies, d'intolérance ou d'échec de traitement avec le produit de première intention.
- Il est très coûteux et il existe d'autres choix thérapeutiques aussi efficaces sur la liste établie.

Il existe trois types de médicaments à usage restreint :

- Les médicaments à usage restreint qui n'exigent pas d'autorisation préalable ou qui ne comportent pas de limites relatives à l'âge ou au sexe. Par exemple : Les multivitamines (qui ne sont fournies qu'aux enfants jusqu'à l'âge de six ans) et les vitamines prénatales ou postnatales (qui ne sont fournies qu'aux femmes en âge d'avoir des enfants – de 12 à 50 ans).
- Les médicaments qui comportent des limites de quantité ou de fréquence. Une quantité maximale d'un médicament est permise au cours d'une période donnée. Le bénéficiaire ne requiert aucune autorisation préalable pour obtenir la quantité

permise du médicament au cours de la période précisée. Les produits de désaccoutumance au tabac comportent par exemple des limites de quantité ou de fréquence. Les bénéficiaires peuvent obtenir une quantité précise de produits de désaccoutumance au tabac au cours d'une période donnée. Cette quantité peut être renouvelée pour une période de 12 mois à compter de la date d'exécution de l'ordonnance.

- Les médicaments à usage restreint nécessitant une autorisation préalable.

4.4.3 Exceptions

Un médicament qui ne figure pas sur la Liste des médicaments peut être approuvé dans des circonstances spéciales, une fois le Formulaire de demande d'exception dûment rempli par le prescripteur. Les demandes d'exception seront considérées dans les cas suivants :

- L'ordonnance est rédigée pour une indication clinique reconnue et la dose prescrite est étayée par des données probantes publiées ou par l'opinion d'une autorité reconnue.
- Il a été démontré, preuves à l'appui, que les autres traitements existants sont inefficaces, contre-indiqués ou qu'ils présentent un profil de toxicité élevé (une préférence personnelle ne peut justifier une exception).
- Il existe des preuves significatives que l'efficacité du médicament demandé est supérieure aux autres médicaments de la liste.
- Le médicament demandé par le prescripteur coûte plus cher, mais le bénéficiaire a subi un effet indésirable en utilisant le médicament régulier le moins coûteux actuellement sur la liste.

4.4.4 Exclusions

Certains produits ne font pas partie du Programme des SSNA. Les produits ci-dessous ne seront pas remboursés comme médicaments dans le cadre du Programme des SSNA, sans toutefois se limiter à ce qui suit :

- Agents anti-obésité
- Produits de première nécessité (savons et shampoings ordinaires)
- Cosmétiques
- Produits utilisés en médecine parallèle, comme l'huile d'onagre et la glucosamine
- Mégavitamines
- Médicaments en cours d'expérimentation clinique
- Vaccinations liées aux voyages à l'étranger
- Stimulants de la pousse des cheveux
- Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité ou le dysfonctionnement érectile
- Certains produits en vente libre

4.4.5 Processus d'appel

Lorsqu'un médicament est refusé, le bénéficiaire, le parent ou le tuteur peut amorcer trois niveaux d'appel. Pour chaque niveau, l'appel doit être accompagné de l'information pertinente provenant du prescripteur ou du fournisseur.

Voici les éléments d'information qui doivent être inclus :

- La maladie (diagnostic et pronostic) pour laquelle le médicament est requis.
- Les autres solutions essayées.
- Les résultats des tests de diagnostic pertinents.
- Le motif pour lequel le médicament est proposé ainsi que tout renseignement à l'appui.

Les renseignements relatifs au processus d'appel sont disponibles sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/appe/index-fra.php

Les articles qui sont exclus du Programme des SSNA ne peuvent faire l'objet d'un appel. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez diriger les demandes des bénéficiaires auprès des bureaux régionaux de Santé Canada.

4.4.6 Ventes spéciales, coupons et rabais

Un bénéficiaire du Programme des SSNA ne peut profiter, directement ou indirectement, notamment des réductions, coupons, points, remises, crédits ou produits et services offerts par la pharmacie ou le fournisseur d'ÉMFM, dans la mesure où ils sont offerts dans le cadre de telles promotions ou qu'ils sont permis par la loi. Ces mesures incitatives doivent plutôt être offertes au Programme des SSNA.

Le montant réclamé au Programme des SSNA doit donc correspondre au montant résiduel, après ces promotions.

4.4.7 Liste spéciale de médicaments pour les bénéficiaires souffrant d'insuffisance rénale chronique

Le Programme des SSNA a établi une liste spéciale de médicaments pour les bénéficiaires souffrant d'insuffisance rénale chronique afin de leur permettre d'avoir accès à des médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments, et dont ils ont besoin à long terme. Les produits admissibles figurent sur la Liste des médicaments.

Les nouveaux bénéficiaires qui auront besoin d'un des médicaments inscrits sur cette liste spéciale seront identifiés grâce au processus habituel d'autorisation préalable. Une fois l'admissibilité du bénéficiaire confirmée, tous les autres médicaments de la liste spéciale seront automatiquement approuvés pour aussi longtemps qu'il le faudra.

4.4.8 Liste de médicaments relatifs à des soins palliatifs

Les bénéficiaires chez lesquels on a diagnostiqué une maladie en phase terminale et qui sont en fin de vie sont admissibles à des médicaments additionnels qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments. La Liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Veuillez vous adresser au CEM pour obtenir un des DIN figurant sur la Liste de médicaments pour soins palliatifs en composant le 1 800 281-5027 (français) ou le 1 800 580-0950 (anglais). Les demandes donneront lieu à un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au prescripteur.

Une fois que le prescripteur a rempli et retourné le questionnaire, le bénéficiaire pourra se procurer tous les médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments pour soins palliatifs si les critères ci-dessous sont respectés :

- Le bénéficiaire ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée provincial;

- On a diagnostiqué une maladie terminale au bénéficiaire, et cette maladie sera la cause principale du décès au cours de six prochains mois ou moins.

Une fois la demande approuvée, le bénéficiaire sera admissible à tous les médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments pour soins palliatifs pendant une période de six mois sans qu'une autre autorisation préalable soit nécessaire. Si les médicaments sont nécessaires après la période initiale de six mois, il est possible d'accorder une période supplémentaire de six mois lorsqu'un nouveau questionnaire pour demande de soins palliatifs est rempli.

Pendant la période de couverture de six (6) mois, un approvisionnement maximal de 30 jours sera remboursé à la fois.

5. Vérification des fournisseurs

5.1 Objectifs de la vérification

Le Programme de vérification du fournisseur d'Express Scripts Canada vise à confirmer que les demandes de paiement soumises respectent les modalités du Programme des SSNA et sert à vérifier notamment ce qui suit :

- Déceler les irrégularités dans la facturation ou les demandes de paiement et effectuer un recouvrement.
- S'assurer qu'une ordonnance valide existe (telle qu'elle a été définie dans les règlements provinciaux et fédéraux) ainsi que les documents requis à l'appui de chaque demande de paiement, comme l'énoncent l'entente et la trousse
- S'assurer de la facturation du coût réel d'acquisition des médicaments ou selon le montant négocié dans les annexes régionales, jusqu'au maximum prévu par le Programme des SSNA.
- S'assurer que les factures du fabricant comportent la majoration de coût qui s'applique, jusqu'au maximum négocié dans les annexes régionales (le cas échéant).
- S'assurer que les frais d'exécution soumis ou réglés n'excèdent pas les honoraires professionnels habituels.
- Vérifier si les services remboursés ont bien été rendus à des bénéficiaires admissibles du Programme des SSNA.
- Vérifier la validité du permis d'exercice des fournisseurs.
- S'assurer que les messages transmis dans le cadre de la RUM et des autres interventions sont consignés dans les documents à l'appui.
- S'assurer de la conformité avec le Programme des SSNA.

Express Scripts Canada se réserve le droit de retenir des règlements ultérieurs au fournisseur jusqu'au recouvrement du montant ayant été réglé par erreur. Les fournisseurs peuvent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour clarifier une annulation ou interjeter appel.

Le processus de vérification des fournisseurs ne porte pas sur les questions de pratique professionnelle. Si une question relative à la pratique professionnelle est soulevée au cours d'une vérification et qu'elle ne peut être résolue directement avec le fournisseur, Express Scripts Canada ou Santé Canada peut diriger cette question à l'organisme de réglementation approprié.

5.2 Responsabilités du fournisseur

Le fournisseur doit coopérer avec Express Scripts Canada dans le cadre de toutes les activités de vérification reposant sur les pratiques de l'industrie généralement reconnues. Sur demande, le fournisseur doit donner accès à son établissement, durant les heures d'ouverture, au personnel d'Express Scripts Canada en vue de l'inspection, de l'examen et de la reproduction des dossiers de la pharmacie que le fournisseur maintient au sujet des bénéficiaires, et ce, au moment où Express Scripts Canada le juge nécessaire afin de déterminer la conformité des pratiques avec les modalités précisées dans les documents précisés à [l'article 3.1.3 Documents et mises à jour à l'intention du fournisseur de services de médicaments](#).

5.3 Volets du Programme de vérification des fournisseurs

Afin de mener à bien la vérification, Express Scripts Canada doit pouvoir accéder à l'information suivante, sans toutefois s'y limiter :

- Profil du bénéficiaire.
- Ordonnance initiale.
- Factures d'expédition.
- Factures internes.
- Factures du fabricant (afin de déterminer le coût réel d'acquisition).
- Document montrant que le bénéficiaire a bien reçu l'article (par exemple les livrets de contrôle relatifs à la méthadone).
- Preuve de couverture additionnelle (afin de coordonner les services).

5.3.1 Programme de vérification du lendemain

Le Programme de vérification le lendemain de la soumission des demandes de paiement consiste à examiner un échantillon défini de demandes de paiement soumises par les fournisseurs le lendemain de leur réception par Express Scripts Canada.

Il se peut qu'Express Scripts Canada communique avec les fournisseurs pour leur demander des copies des ordonnances ou des factures internes ainsi que tout autre document financier connexe. Si les documents ne sont pas disponibles ou si une erreur est détectée au cours de cet examen, le montant de la demande de paiement sera rajusté ou la demande ne sera pas réglée.

Les demandes de paiement soumises pour des préparations magistrales ne contenant pas au moins un médicament sur la Liste de médicaments sont annulées et les montants ayant été réglés peuvent faire l'objet d'un recouvrement. Si les documents ne sont pas disponibles ou si une erreur est détectée au cours de cet examen, le montant ayant fait l'objet de la vérification sera rajusté.

5.3.2 Programme de confirmation par les bénéficiaires

Ce volet consiste à acheminer un envoi postal mensuel à un échantillon de bénéficiaires choisis de manière aléatoire à qui l'on demande de confirmer qu'ils ont bien obtenu le service qui a été facturé en leur nom.

5.3.3 Programme d'établissement du profil des fournisseurs

Ce volet consiste à examiner toutes les demandes de paiement établies par un fournisseur en fonction de critères choisis et sert à déterminer, au besoin, les activités de suivi les plus

appropriées lorsqu'un problème est constaté. Toutes les demandes de paiement peuvent faire l'objet d'une vérification.

5.3.4 Programme de vérification à distance

Ce volet consiste à examiner un échantillon défini de demandes de paiement et à axer la vérification sur un problème particulier qui ressort dans les facturations du fournisseur. On demande au fournisseur de soumettre les dossiers à Express Scripts Canada en vue d'une vérification administrative.

5.3.5 Programme de vérification sur place

La vérification sur place permet de comparer les demandes de paiement qui ont été réglées aux dossiers de la pharmacie. Les fournisseurs peuvent être choisis pour ce type de vérification par suite des nombreux renseignements obtenus dans le cadre du Programme de vérification des fournisseurs.

5.3.5.1 Étapes d'une vérification sur place

Express Scripts Canada communique avec le fournisseur au moins trois semaines avant la date prévue de la vérification sur place. Nous faisons tout notre possible pour coordonner la date de vérification avec les horaires du fournisseur. Express Scripts Canada confirme au fournisseur par télécopieur la date choisie pour la vérification sur place.

Le vérificateur devra disposer des éléments suivants :

- Espace de travail avec des chaises;
- Accès à une prise de courant.
- Aide d'un membre du personnel en vue de la récupération des profils des bénéficiaires;
- Aide pour récupérer les ordonnances papier et les renseignements connexes;
- Accès à la personne à qui s'adresse le Rapport de vérification.

Le vérificateur sera sur place vers 9 h ou à l'heure prévue du rendez-vous. La vérification peut avoir lieu jusqu'à 17 h de chaque jour qui est prévu (à moins d'une entente contraire établie au préalable). Dès 9 h le premier jour de la vérification, le vérificateur effectue une brève présentation du processus de vérification et répond aux questions du fournisseur.

5.3.5.2 Prévérification ou entretien préalable

Le fournisseur sera invité à décrire le système de classement des ordonnances qu'il utilise et à confirmer si les documents relatifs aux demandes de paiement sont conservés sur papier ou sous forme électronique dans le profil du bénéficiaire. Le fournisseur devra prévoir le personnel nécessaire pour récupérer les ordonnances que le vérificateur examinera. Enfin, le vérificateur mentionnera au fournisseur qu'il le rencontrera à la fin de la séance de vérification sur place pour lui faire un résumé de ses observations.

5.3.5.3 Déroulement d'une vérification sur place

Les documents qui n'auront pas été remis au vérificateur à la fin de la vérification sur place seront indiqués dans le rapport préliminaire de vérification et les montants, s'il y a lieu, pourront faire l'objet d'un recouvrement. Les demandes de paiement non justifiées par des documents appropriés seront signalées dans la lettre et le rapport envoyé au fournisseur comme des demandes de paiement dont les montants seront recouverts.

5.3.5.4 Entretien postérieur à la vérification

À la fin de la vérification sur place, le vérificateur donne au fournisseur une idée générale des catégories d'erreurs qu'il a trouvées. Les résultats de la vérification ne seront considérés définitifs que lorsque le vérificateur aura fait des analyses supplémentaires, par exemple, mais sans toutefois s'y limiter, l'examen des confirmations par les bénéficiaires et les prescripteurs. Au cours de l'entrevue postérieure à la vérification, le vérificateur remet au fournisseur une liste de vérification normalisée à remplir et à envoyer à Express Scripts Canada. La liste sert à confirmer le respect du processus de vérification sur place.

5.3.5.5 Rapport de vérification

Un rapport sur les observations faites pendant la vérification est envoyé au fournisseur de services dans les 60 jours suivant la vérification sur place. Si cette échéance ne peut être respectée, une lettre sera envoyée au fournisseur l'informant du retard et de la nouvelle date pour l'envoi de la lettre et du rapport de vérification. Une fois que le fournisseur a reçu la lettre et le rapport de vérification et, dans le cas où ces documents font état de demandes de recouvrement, il dispose de 30 jours pour répondre à Express Scripts Canada. Si le fournisseur requiert davantage de temps pour répondre, il doit demander un délai supplémentaire par écrit à Express Scripts Canada.

Dans les 60 jours suivant la réception de la réponse du fournisseur, Express Scripts Canada lui envoie une lettre et le rapport des observations définitives de la vérification. Si les observations définitives font état de demandes de recouvrement, le fournisseur dispose de 30 jours à compter de la date de la lettre pour envoyer à Express Scripts Canada un chèque établi à l'ordre du Receveur général en vue du remboursement des montants réglés en trop. Si aucune réponse n'est parvenue à Express Scripts Canada dans les 30 jours suivant la lettre, Express Scripts Canada retiendra sur les sommes à verser au fournisseur la somme due jusqu'à concurrence du recouvrement total.

5.3.5.6 Documents exigés aux fins de vérification

Le fournisseur doit conserver l'ordonnance initiale dans ses dossiers pendant deux ans ou aussi longtemps que l'ordonnance est valable lorsque la durée d'exécution dépasse deux ans, conformément aux règlements provinciaux ou territoriaux. Les montants des demandes de paiement pour lesquelles le fournisseur est incapable de fournir l'original de l'ordonnance ou les documents justificatifs lors de la vérification, tels les livrets de contrôle relatifs à la méthadone, y compris les demandes ayant reçu une autorisation préalable, peuvent faire l'objet d'un recouvrement dans le cadre du programme de vérification d'Express Scripts Canada. Le fournisseur doit attribuer un numéro d'ordonnance unique à chaque médicament qu'il délivre à un bénéficiaire et pour lequel il demande le règlement.

Les dossiers papiers et électroniques concernant les bénéficiaires peuvent faire l'objet d'un examen lorsque cela est nécessaire (réponse aux messages transmis par la RUM, changement de médicament, etc.). Les différents types de documents nécessaires seront demandés au début du processus de vérification afin d'en faciliter la démarche.

5.3.5.7 Documents exigés aux fins de vérification

Le fournisseur doit documenter de façon appropriée chaque intervention aux fins de vérification par rapport aux critères de facturation du programme. Les renseignements et les documents à l'appui sont les suivants, sans toutefois s'y limiter :

- Date de l'intervention.
- Résumé de l'intervention par le pharmacien.
- Communications avec le prescripteur, le fournisseur de soins ou le bénéficiaire.

- Motif du renouvellement anticipé de l'ordonnance (médicament perdu, détruit ou volé, prescripteur ayant changé la posologie ou bénéficiaire devant se rendre à l'extérieur de la ville et ne disposant pas d'un approvisionnement suffisant pour couvrir toute la durée du séjour).
- Factures du fabricant qui permettent de justifier le prix indiqué sur la facture ainsi que la majoration du coût négociée dans le cadre du Programme des SSNA).
- Factures d'expédition.
- Factures internes.
- Preuve de couverture additionnelle (afin de coordonner les services).
- Articles qui attendent d'être récupérés (afin de vérifier si les médicaments ont été récupérés dans les 30 jours suivant l'exécution de l'ordonnance, faute de quoi la demande de paiement doit être annulée).
- Documents permettant de vérifier que le bénéficiaire est un membre admissible des Premières nations ou un Inuit reconnu.
- Livret de contrôle relatif à la méthadone.

Une ordonnance individuelle valide (selon la définition de la législation fédérale et provinciale) est nécessaire pour chaque membre d'une famille en vue du règlement des demandes de paiement soumises dans le cadre du Programme des SSNA.

Pour assurer l'exactitude du profil pharmaceutique des bénéficiaires, le fournisseur doit présenter des demandes de paiement distinctes pour chaque bénéficiaire en y inscrivant le numéro du bénéficiaire et le numéro de l'ordonnance. Cela comprend également les ordonnances pour des médicaments utilisés par plus d'une personne au sein d'une même famille au cours de la même période, comme les produits contre les poux.

5.3.6 Documents de référence

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les activités de vérification des fournisseurs, veuillez consulter ce qui suit :

- Rapport annuel des SSNA
- Entente avec les pharmacies
- Bulletins à l'intention des fournisseurs
- Bulletins
- Guide des fournisseurs de services pharmaceutiques
- Liste des médicaments
- Législation provinciale et fédérale sur les médicaments et la pharmacie

Les fournisseurs peuvent consulter l'entente, le Guide des fournisseurs de services pharmaceutiques, la Liste de médicaments et ses mises à jour ainsi que les bulletins à l'intention des fournisseurs sur le site Web des fournisseurs à l'adresse :

www.provider.express-scripts.ca

Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour demander un exemplaire de ces documents qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

Vous pouvez consulter le Rapport annuel des Services de santé non assurés sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/pubs/nihb-ssna/2011_rpt/index-fra.php

5.3.7 Renseignements supplémentaires

Les fournisseurs qui ont besoin de renseignements supplémentaires sur le Programme de vérification des fournisseurs d'Express Scripts Canada peuvent communiquer par écrit avec Express Scripts Canada à l'adresse suivante :

Express Scripts Canada
Gestionnaire, Service d'intégrité des pratiques d'affaires - Pharmacie et ÉMFM
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

6. Formulaires et ressources

6.1 Formulaires et documents

Tous les formulaires et documents ci-dessous peuvent être téléchargés à partir du site Web des fournisseurs, à l'adresse : www.provider.express-scripts.ca

Les fournisseurs qui n'ont pas accès à Internet ou au courriel doivent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs pour demander un exemplaire des documents ci-dessous qui leur sera télécopié ou envoyé par la poste (voir [l'article 6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs](#)).

- Entente avec les pharmacies
- Trousse de soumission des demandes de paiement pour médicaments
- Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA
- Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur de services de médicaments et d'ÉMFM

6.2 Ressources

6.2.1 Centre d'appels à l'intention des fournisseurs

Les fournisseurs inscrits dans le cadre du Programme des SSNA peuvent communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs.

Téléphone

1 888 511-4666

Heures d'ouverture prolongées

Du lundi au vendredi : de 6 h 30 à minuit, heure de l'Est

Les samedis, dimanches et jours fériés : de 8 h à minuit, heure de l'Est

6.2.2 Demandes de paiement pour services de médicaments

Postez les demandes de paiement pour médicaments à l'adresse suivante :

Express Scripts Canada
Demandes de paiement pour médicaments des SSNA
C.P. 1353, succursale K,
Toronto (Ontario) M4P 3J4

6.2.3 Autre correspondance

Télécopiez ou postez toute autre correspondance à l'adresse suivante :

Télécopieur :

1 855 622-0669

Poste :

Express Scripts Canada
Service des relations avec les fournisseurs
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

6.2.4 Politiques d'Express Scripts Canada en matière de protection de la vie privée

Express Scripts Canada doit respecter toutes les lois sur la protection de la vie privée.

La politique d'Express Scripts Canada en matière de protection de la vie privée repose sur les lois canadiennes sur la protection des renseignements personnels, notamment la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques de juridiction fédérale et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique d'Express Scripts Canada en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec nous :

Par courriel à l'adresse :

ExpressScriptsCanada_Privacy@Express-Scripts.com

Site Web :

www.express-scripts.ca/fr/apropos/politique-de-confidentialit%C3%A9

Téléphone :

905 712-8615 ou 1 888 677-0111(demandez à parler à la responsable de la protection de la vie privée)

Poste :

Express Scripts Canada
Bureau de la protection de la vie privée
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5

6.2.5 Fils Really Simple Syndication

Les fils RSS ou *Really Simple Syndication* permettent aux fournisseurs d'être automatiquement tenus au courant des nouveaux renseignements et des mises à jour effectuées sur les site Web favoris. Les mises à jour du site sont diffusées par fils RSS aux abonnés.

S'ils s'inscrivent aux fils RSS, les fournisseurs reçoivent un message qui est affiché dans leur agrégateur chaque fois qu'une nouvelle information est ajoutée à cette section du site Web de Santé Canada. Lorsqu'une mise à jour est envoyée, elle comprend un titre et un court texte, soit un résumé, soit une introduction à l'article complet.

Les adresses des fils RSS sont semblables à celles d'un site Internet, mais vous ne pouvez pas les lire directement avec votre navigateur. Le format des fils RSS diffère de celui des pages Web, ce qui rend le texte illisible. Pour pouvoir recevoir les fils RSS, votre ordinateur

doit être doté d'un agrégateur. Il existe divers agrégateurs gratuits accessibles sur Internet. Une simple recherche vous permettra de trouver une interface qui vous conviendra. En plus de l'ordinateur, les fils RSS peuvent être consultés au moyen d'un assistant numérique personnel ou d'un téléphone cellulaire.

6.2.5.1 Ajout d'un fil RSS à votre agrégateur

Pour ajouter un nouveau site Web à votre agrégateur, suivez l'une des deux méthodes ci-dessous :

1. Rendez-vous sur le site Web en question et cliquez sur le bouton RSS ou XML dans la page d'accueil.
2. Copiez puis collez l'adresse URL du site, selon le type d'agrégateur.

Quelle que soit la méthode utilisée, le fil RSS sera ajouté à votre agrégateur dès que vous l'aurez ajouté. La prochaine mise à jour pourrait vous parvenir dès l'ajout. Si vous ne souhaitez plus recevoir de mises à jour, vous n'avez qu'à supprimer l'adresse URL de votre agrégateur.

6.2.5.2 Ajout d'une adresse courriel aux services RSS

Les fils RSS peuvent également être envoyés à une adresse courriel lorsque vous êtes inscrit.

Voici quelques sites qui vous permettent de vous inscrire à des fils RSS envoyés par courriel :

- FeedBlitz à l'adresse : www.feedblitz.com
- Yahoo! Alerts à l'adresse : <http://alerts.yahoo.com>

Express Scripts Canada n'offre pas le soutien technique de ces sites Web. Nous n'acceptons aucune responsabilité relative à l'utilisation, à la fiabilité ou au contenu de ces sites Web, qui peuvent contenir des programmes malveillants. Nous indiquons ces sites Web à titre informatif seulement.

Pour recevoir les fils RSS par courriel, veuillez suivre la démarche ci-dessous.

1. Copiez l'adresse URL.
2. Collez-la dans la page d'inscription au courriel.

Sites Web :

- Santé Canada, Programme des SSNA
www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php
- Site Web d'Express Scripts Canada :
www.express-scripts.ca/fr
- Site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA :
www.provider.express-scripts.ca

Pour en savoir davantage sur les fils RSS du site Web de Santé Canada, visitez le :
www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/help-aide/rss-fra.php#quest

7. Messages et explications sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments

Le STRDPSS affiche des codes de rejet et d'avertissement à trois caractères ainsi que des messages imprimés sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.

Code de rejet		Code d'avertissement	
« R » suivi de deux chiffres	Message texte qui explique le motif du rejet de la demande de paiement.	« W » suivi de deux chiffres	Message texte qui explique pourquoi la demande de paiement a été traitée avec des modifications.

7.1 Détails sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs – Médicaments

Le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments accompagne le chèque de règlement et fournit des renseignements sur chaque demande de paiement pour médicaments et ÉMFM qui a été traitée. Si les règlements sont effectués par TEF, les sommes sont déposées dans le compte bancaire que le fournisseur a désigné et le relevé est envoyé par la poste à l'adresse où les services ont été rendus. Le relevé peut fournir des renseignements supplémentaires sur le bénéficiaire. Le relevé doit être ajouté au dossier du bénéficiaire et conservé aux fins de référence pour toutes les demandes de paiement ultérieures.

Le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments comprend une liste de toutes les demandes de paiement soumises, puis réglées, les demandes de paiement ayant été rajustées, ainsi que celles qui ont été rejetées au cours de la période courante. Les demandes rejetées sont accompagnées d'un message précisant le motif du rejet. Express Scripts Canada produit le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments deux fois par mois, le 1^{er} et le 16^e jour du mois, en français ou en anglais, selon la langue privilégiée par le fournisseur.

7.1.1 Corrections aux demandes de paiement à l'aide du Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments

Les fournisseurs peuvent utiliser le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments pour effectuer le rapprochement de leurs demandes de paiement et apporter des corrections.

Les renseignements existants ne doivent toutefois pas être effacés. Veuillez rayer les renseignements devant être modifiés et indiquer les corrections aux demandes de paiement sous les renseignements indiqués sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments. Retournez la page qui s'applique à Express Scripts Canada dans les 12 mois suivant la date du service en vue d'un nouveau traitement de la demande et pour obtenir un règlement. Les demandes de paiement soumises plus d'un an après la date à laquelle le service a été rendu au bénéficiaire seront rejetées avec le message R12 - Délai de soumission de la demande de paiement expiré.

Les fournisseurs qui soumettent de nouveau une demande de paiement au moyen du Formulaire de demande de paiement **doivent** l'indiquer clairement en cochant la case Re-soumission située au haut du formulaire.

7.1.2 Codes normalisés de l'APhC

Les codes de l'APhC, qui sont utilisés dans le système PDS par les assureurs canadiens, servent à déterminer l'état d'une demande de paiement.

Les codes de l'APhC sont constitués de deux caractères (lettres, chiffres ou les deux), et sont décodés par le logiciel de gestion de la pharmacie. La description des messages de l'APhC qui sont indiqués sur le relevé peut différer légèrement de celle qui est affichée à l'écran selon le logiciel employé. Les fournisseurs qui désirent des précisions sur les messages de l'APhC peuvent communiquer avec leur vendeur de logiciels. Pour chaque demande de paiement, le système émet un maximum de cinq messages de l'APhC (y compris les messages relatifs à la RUM). Afin de clarifier l'état d'une demande de paiement dans certaines circonstances, le STRDPSS peut également afficher des messages à format libre.

7.1.3 Messages à format libre du système PDS

Les normes de l'APhC permettent l'affichage d'un message à format libre comportant un maximum de trois lignes et de 40 caractères. Tous les messages à format libre relatifs au traitement des demandes de paiement sont affichés en premier. Ils sont suivis des messages relatifs à la RUM et des messages à diffusion générale.

Les messages à format libre sont transmis aux fournisseurs dans le format de réponse standard de l'APhC, qui permet la transmission d'un maximum de trois lignes et de 40 caractères. Dans la réponse relative à la demande de paiement, ces 40 champs sont présentés, l'un après l'autre, sous forme de trois champs uniques. L'affichage de ces messages sur le système du fournisseur peut être différent selon le logiciel employé.

Les messages à format libre suivants ne s'appliquent qu'aux demandes soumises au moyen du système PDS.

- Interaction possible entre deux médicaments – Code : ME
 - Indique une interaction possible entre deux médicaments, selon le nombre exact de jours d'approvisionnement.
- Traitement en double – Code : MX
 - Indique que le bénéficiaire a déjà reçu un médicament appartenant à la même classe thérapeutique.
- Traitement en double/autre pharmacie - Code : MZ
 - Indique que le bénéficiaire a déjà reçu un médicament de la même classe thérapeutique. L'ordonnance initiale a été délivrée par une autre pharmacie.
- Médicament en double - Code : MW
 - Indique que le bénéficiaire a déjà reçu le même médicament (même agent chimique) et en a utilisé moins des deux tiers selon le nombre de jours d'approvisionnement.
- Médicament en double/autre pharmacie - Code : MY
 - Indique que le bénéficiaire a déjà reçu le même médicament (même agent chimique) et en a utilisé moins des deux tiers selon le nombre de jours d'approvisionnement. L'ordonnance initiale a été exécutée par une autre pharmacie.
- Risque potentiel de surconsommation et d'abus – Code : NE

- Indique la possibilité d'une surconsommation ou d'un abus des agents pharmacologiques précisés. Message envoyé au fournisseur pour les demandes de paiement correspondant à l'un des critères ci-dessous :

Utilisation simultanée de la méthadone pour traiter la dépendance aux opiacés (pseudo-DIN 00908835) et d'un ou de plusieurs agents pharmacologiques de la famille des opiacés :

- Utilisation de trois agents pharmacologiques ou plus de la famille des opiacés.
- Utilisation de trois agents pharmacologiques ou plus de la famille des benzodiazépines.
- Utilisation de trois agents pharmacologiques ou plus de la famille des opiacés et de trois agents pharmacologiques ou plus de la famille des benzodiazépines.

Les renseignements de la RUM sont transmis sous forme de messages de rejet ou d'avertissement, selon la gravité du problème potentiel. Les demandes de paiement pour lesquelles le système génère les messages de la RUM suivants seront rejetées : Médicament en double (MW), Médicament en double/autre pharmacie (MY), Interaction possible entre deux médicaments (ME) (là où le message en format libre indique « Interaction-SV, nom du NIM, qté et date de service » (c'est-à-dire une interaction potentielle très grave), et Risque potentiel de surconsommation et d'abus (NE).

7.1.4 Codes d'intervention de l'APhC

Au besoin, le pharmacien pourra soumettre de nouveau la demande de paiement qui a été rejetée en utilisant un code d'intervention de l'APhC (voir ci-dessous pour une description de ces codes.)

Les codes ci-dessous servent à déroger aux codes de rejet ME, MW, MY et NE.

Code d'intervention	Description
UA	Le prescripteur a été consulté et l'ordonnance a été exécutée telle quelle.
UB	Le prescripteur a été consulté et la posologie a été modifiée.
UC	Le prescripteur a été consulté et le mode d'emploi a été changé.
UD	Le prescripteur a été consulté et le médicament a été changé.
UE	Le prescripteur a été consulté et la quantité demandée a été changée.
UF	Le bénéficiaire a fourni une explication satisfaisante. L'ordonnance a été exécutée telle quelle.
UG	Le bénéficiaire a été mis en garde. L'ordonnance a été exécutée telle quelle.
UI	Autres sources de renseignements consultées. L'ordonnance a été exécutée telle quelle.
UJ	Autres sources de renseignements consultées. L'ordonnance a été modifiée et exécutée.
UN	Le bénéficiaire a été évalué. Le traitement convient.
UL	L'ordonnance n'a pas été exécutée - décision du pharmacien.
MR	Le bénéficiaire a perdu son médicament. L'ordonnance a été exécutée de nouveau.

Nota : Le code d'intervention UL ne peut être utilisé pour demander le paiement d'honoraires professionnels que dans les régions où il est possible de refuser d'exécuter une ordonnance.

7.1.5 Codes, messages et explications

Voici une liste des codes, des messages, des explications et des renvois aux codes de l'APhC applicables qui pourraient figurer sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.

Si aucun code des SSNA n'existe pour un code équivalent de l'APhC, la mention S.O. sera affichée pour le code des SSNA.

Code SSNA/APhC	Description
Code SSNA : R01/ Codes APhC : NF, D7	
Message	Chevauchement de dosage de méthadone.
Explication	Cette demande n'a pas été réglée, car le nombre de jours d'approvisionnement pour de la méthadone qui a été soumis sur la demande de paiement en cours empiète sur le nombre de jours d'approvisionnement pour de la méthadone d'une demande de paiement réglée précédemment.
Code SSNA : R02/ Code APhC : KP	
Message	Fournisseurs multiples non permis à une même date de service pour la demande de paiement pour de la méthadone du bénéficiaire.
Explication	Cette demande ne peut être réglée, car plus d'un fournisseur a soumis une demande de paiement de méthadone pour un même bénéficiaire et une même date de service.
Code SSNA : R03/ Code APhC : DM	
Message	Jrs d'approvisionnement > limite du régime
Explication	Cette demande de paiement n'a pas été réglée, car le nombre de jours d'approvisionnement soumis sur la demande de paiement dépasse la limite de sept jours prévue par les lignes directrices du Programme des SSNA pour une date de service précise. Ce message n'est envoyé que pour les demandes de paiement pour de la méthadone soumises au moyen du système PDS.
Code SSNA : R04/ Code APhC : D1	
Message	Service non admissible.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car le service n'est pas couvert par le Programme des SSNA. Le bénéficiaire pourrait être admissible à un remboursement à titre exceptionnel. Veuillez communiquer avec le CEM au numéro 1 800 281-5027.
Code SSNA : R05/ Code APhC : C8	
Message	Impossible de vérifier si le demandeur est un bénéficiaire des SSNA.
Explication	La demande de paiement ne peut être réglée, car l'admissibilité du bénéficiaire au Programme des SSNA n'a pu être établie. Ce problème de vérification peut être attribuable au fait que le demandeur : a) n'a pas indiqué le nom de famille, les prénoms ou

Code SSNA/APhC	Description
	<p>la date de naissance sous lesquels il est inscrit;</p> <p>b) a fait une erreur en donnant son numéro d'identification de bénéficiaire.</p> <p>Dans de tels cas, le demandeur n'aurait qu'à fournir des renseignements plus précis visant à l'identifier. Toutefois, si le demandeur n'est pas inscrit comme bénéficiaire du Programme des SSNA, il devra s'inscrire avant d'obtenir un service.</p>
Code SSNA : R06/ Code APhC : CD	
Message	Le bénéficiaire n'est pas admissible à ce service.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car le service n'est pas couvert par le Programme des SSNA en raison de l'âge ou du sexe du bénéficiaire. Cette restriction s'applique, par exemple, aux fournitures pour incontinence et aux vitamines.
Code SSNA : R07/ Code APhC : A3	
Message	Demande déjà soumise.
Explication	La demande de paiement ne peut être réglée, car il s'agit du double d'une demande soumise antérieurement par la pharmacie. La correspondance est établie à l'aide des éléments de données suivants : Date de service, no de fournisseur, no de bénéficiaire, NIM et no d'ordonnance.
Code SSNA : R08/ Code APhC : C6	
Message	Bénéficiaire âgé de plus de 65 ans. Soumettre au PMO.
Explication	En Ontario, la demande de paiement ne peut être réglée, car l'article est couvert par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Veuillez d'abord soumettre la demande de paiement au PMO. Le Programme des SSNA remboursera par la suite la quote-part ou la franchise que le bénéficiaire doit payer.
Code SSNA : R09/ Code APhC : RP	
Message	Maximum dépassé, autorisation spéciale requise.
Explication	Ce message s'applique aux demandes faisant l'objet d'une autorisation spéciale dont les données ne correspondent pas à celles qui sont précisées dans l'autorisation ou dont les services sont exclus de l'autorisation spéciale.
Code SSNA : W10/ Code APhC : B1	
Message	N° de fournisseur non valable.
Explication	Le fournisseur n'est pas inscrit à titre de fournisseur dans le cadre du Programme des SSNA à la date du service.
Code SSNA : W12/ Code APhC : 32, 34, 37, 38	

Code SSNA/APhC	Description
Message	Renseignements insuffisants sur le bénéficiaire pour traiter la demande de paiement.
Explication	<p>La demande de paiement ne comporte pas assez de renseignements pour permettre de déterminer si le demandeur est un bénéficiaire du Programme des SSNA. Pour faciliter l'identification du bénéficiaire, vous devez fournir les renseignements suivants sur le bénéficiaire sur chaque demande de paiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom de famille (APhC : 38); • Prénoms (APhC : 37); • DDN (APhC : 34); • Numéro d'identification du bénéficiaire (APhC : 32). <p>Veuillez vérifier la demande pour déterminer quels sont les renseignements qui manquent et ajoutez-les. Si la demande date de plus de 30 jours, corrigez les renseignements sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.</p>
Code SSNA : R15/ Code APhC : 57	
Message	Dosette : nombre de jours d'approvisionnement doit être égal à sept.
Explication	Le nombre de jours d'approvisionnement dépasse sept jours sur la demande de paiement avec dosette (le champ CSS contient la valeur « P »).
Code SSNA : R16/ Code APhC : 53	
Message	Numéro d'ordonnance originale erroné.
Explication	<p>Le numéro de l'ordonnance doit être numérique et supérieur à zéro.</p> <p>Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.</p>
Code SSNA : W17/ Code APhC : 56	
Message	NIM/N° MG/NIP ERRONÉ.

Code SSNA/APhC	Description
Explication	<p>Le champ doit contenir huit chiffres différents de zéro et constituer un numéro d'article valide dans la base de données d'Express Scripts Canada.</p> <p>Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.</p>
Code SSNA : R18/ Code APhC : 58	
Message	Quantité erronée.
Explication	<p>La valeur définissant la quantité doit être numérique et être supérieure à zéro. Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.</p>
Code SSNA : R19/ Code APhC : 59	
Message	Nombre de jours d'approvisionnement erroné.
Explication	<p>La valeur décrivant le nombre de jours d'approvisionnement doit être numérique et supérieure à zéro. Il s'agit d'un champ obligatoire pour les médicaments.</p> <p>Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.</p>
Code SSNA : R20/ Code APhC : C6	
Message	Soumettre la demande de paiement au régime d'assurance maladie provincial ou territorial.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car un régime d'assurance maladie provincial ou territorial couvre une partie du service indiqué. Veuillez

Code SSNA/APhC	Description
	soumettre la demande au régime approprié. Ce message s'applique aux demandes soumises en Ontario.
Code SSNA : R21/ Code APhC : A1	
Message	Délai de soumission de la demande de paiement expiré.
Explication	Cette demande de paiement n'a pas été réglée, car elle a été présentée plus d'un an après la date de service. Ce message s'applique également aux demandes de paiement que les fournisseurs tentent de soumettre après le délai de soumission de 30 jours dans le cas des demandes transmises au moyen du système PDS.
Code SSNA : R22/ Code APhC : 61	
Message	N° du prescripteur erroné (N° de permis ou de facturation).
Explication	Le numéro du prescripteur doit être alphanumérique et ne pas correspondre à zéro. Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements , section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.
Code SSNA : R23/ Code APhC : C2	
Message	Service rendu avant la date de début de la couverture du bénéficiaire.
Explication	La demande de paiement ne peut être réglée, car la date de service est antérieure à la date de début de la couverture du bénéficiaire au Programme des SSNA.
Code SSNA : R24/ Code APhC : C3	
Message	Service rendu après la date de fin de la couverture du bénéficiaire.
Explication	La demande de paiement ne peut être réglée, car la date de service est postérieure à la date de fin de la couverture du bénéficiaire au Programme des SSNA.
Code SSNA : R25/ Code APhC : 64	
Message	Demande de paiement non conforme aux critères de l'AP.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car elle ne respecte pas les critères relatifs à l'autorisation préalable dans le cadre du Programme des SSNA. La quantité indiquée sur la demande de paiement doit correspondre à la quantité inscrite sur la demande d'autorisation préalable. Veuillez consulter la lettre de

Code SSNA/APhC	Description
	confirmation de l'autorisation préalable.
Code SSNA : R26/ Code APhC : 64	
Message	La date du service ne respecte pas la période de dates de l'autorisation préalable.
Explication	<p>La demande de paiement n'a pas été réglée, car la date de service ne correspond pas à la période d'autorisation préalable en vigueur :</p> <p>a) Pour une autorisation préalable unique, la date de service est antérieure à la date d'approbation de l'AP ou est postérieure de plus d'un an à la date d'approbation.</p> <p>b) Pour les autorisations préalables permanentes, la date de service est antérieure à la date de début de l'AP ou postérieure à la date de fin de l'AP.</p>
Code SSNA : R27/ Code APhC : 64	
Message	Numéro d'autorisation préalable incorrect.
Explication	<p>La demande de paiement n'a pas été réglée, car elle ne respecte pas les critères de l'autorisation préalable pour l'une des raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° d'AP incorrect. • N° de bénéficiaire incorrect. • N° de fournisseur incorrect. • Code de l'article incorrect. • Article non autorisé. • L'AP n'est pas prête aux fins de facturation. <p>Veillez vérifier les dossiers pour voir si une erreur ne s'est pas glissée lors de la soumission du numéro d'autorisation préalable, du numéro d'identification du bénéficiaire et des codes de services. Si erreur il y a, veuillez fournir les renseignements exacts en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes de paiement (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS).</p>
Code SSNA : R28/ Code APhC : 66	
Message	Coût médicament/article incorrect.
Explication	<p>Le coût du médicament ou de l'article doit être composé de chiffres et être supérieur à zéro.</p> <p>Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements, section Annulation de transactions au moyen du système PDS). Vous trouverez plus de</p>

Code SSNA/APhC	Description
	renseignements sur les exigences en matière de services à la section Directives et procédures.
Code SSNA : R29/ Code APhC : A2	
Message	La demande est postdatée.
Explication	La date doit être inscrite selon le format AAAA-MM-JJ et ne pas être postérieure à la date du jour. Si la vérification a échoué, un message sera généré. Le fournisseur doit vérifier la demande de paiement pour déterminer quels renseignements sont manquants, incomplets ou erronés, puis fournir ces renseignements indispensables en respectant la marche à suivre relative à la correction des demandes (voir l'article 7.2.4 Renseignements sur les règlements , section Annulation de transactions au moyen du système PDS).
Code SSNA : R30/ Code APhC : C6	
Message	Bénéficiaire couvert par un autre régime. Communiquez avec le bureau régional de la DSPNI.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car les dossiers de Santé Canada indiquent que le bénéficiaire est couvert par un autre régime. Dans certains cas, le bénéficiaire peut appartenir à une bande qui administre maintenant le Programme des SSNA. Veuillez communiquer avec le bureau régional de Santé Canada le plus près de chez vous pour savoir où soumettre la demande.
Code SSNA : R47/ Code APhC : 64	
Message	Autorisation spéciale pour l'article déjà utilisée lors d'une demande de paiement antérieure.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car l'autorisation spéciale pour cet article a été utilisée lors d'une demande de paiement antérieure, compte tenu du nombre de jours d'approvisionnement réglés.
Code SSNA : R48/ Code APhC : 64	
Message	Autorisation préalable pour l'article déjà utilisée lors d'une demande de paiement antérieure.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car l'autorisation préalable pour cet article a été utilisée lors d'une demande de paiement antérieure. La quantité du médicament ou le montant réclamé excède la quantité ou le montant de l'AP. Veuillez consulter la lettre de confirmation de l'autorisation préalable.
Code SSNA : R49/ Code APhC : CP	
Message	Ce service nécessite une autorisation préalable.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car elle nécessite une autorisation préalable de Santé Canada. Les services qui exigent une autorisation préalable sont les médicaments à usage restreint de plus de 999,99 \$. Vous trouverez la marche à suivre pour obtenir une

Code SSNA/APhC	Description
	autorisation préalable à la section Autorisation préalable de la trousse.
Code SSNA : R49/ Code APhC : RW	
Message	Ce service nécessite une autorisation préalable.
Explication	Le processus d'autorisation automatique a refusé la demande de paiement soumise.
Code SSNA : R50/ Code APhC : CO	
Message	La quantité demandée dépasse la limite de fréquence.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car la quantité ou la limite de fréquence relative au médicament ou à l'article a été dépassée. Vous trouverez plus de renseignements dans la trousse, sous la rubrique Médicaments à usage restreint.
Code SSNA : R51/ Code APhC : RZ	
Message	Le fournisseur demande une autorisation préalable pour cet article.
Explication	La demande de paiement qui a déjà été rejetée avec le code RW/R49 est soumise de nouveau par le fournisseur avec le code d'intervention DR. La demande resoumise génère automatiquement une demande d'autorisation préalable ou une étude de cas.
Code SSNA : R66/ Code APhC : 34	
Message	La date du service doit être postérieure à la DDN.
Explication	La demande de paiement n'a pas été réglée, car la date de naissance du bénéficiaire est postérieure à la date de service.
Code SSNA : R77/ Code APhC : A3	
Message	Le médicament correspondant à l'ordonnance a déjà été remboursé pour ce bénéficiaire à la même date de prestation du service
Explication	Indique que le règlement est refusé parce que les éléments de données correspondent en tous points à ceux d'une demande de paiement déjà traitée et figurant au dossier. Voir le code R07.
Code SSNA : W03/ Code APhC : DM	
Message	Jrs d'approvisionnement > limite du régime
Explication	Le nombre de jours d'approvisionnement a été réduit à 7 afin de respecter les lignes directrices du Programme des SSNA relatives au nombre de jours maximal d'approvisionnement pour une date de service précise.
Code SSNA : W04/ Code APhC : D8	
Message	Prix de l'équivalent à moindre coût appliqué.
Explication	Le montant demandé a été réduit au prix du médicament équivalent à moindre coût, selon les lignes directrices relatives aux prix. Veuillez consulter les

Code SSNA/APhC	Description
	directives relatives aux prix du Programme des SSNA pour la région en question.
Code SSNA : W05/ Code APhC : S. O.	
Message	Demandes de paiement réglées en utilisant le numéro d'identification des parents jusqu'au premier anniversaire du nourrisson.
Explication	Impossible de vérifier si le demandeur est un bénéficiaire du Programme des SSNA. Toutefois, comme il s'agit d'un nourrisson âgé de moins d'un an et qu'on a pu établir que le parent du nourrisson est un bénéficiaire inscrit au Programme des SSNA, la demande de paiement a été réglée. Cette disposition donne aux parents le temps d'inscrire leur enfant, et n'est valable que jusqu'au premier anniversaire de naissance de ce dernier. Les demandes pour des services rendus après le premier anniversaire de naissance du nourrisson seront rejetées si le nourrisson n'est pas inscrit comme bénéficiaire dans le cadre du Programme des SSNA.
Code SSNA : W09/ Code APhC : DJ	
Message	Coût du médicament/de l'article réduit selon les directives relatives aux prix du Programme des SSNA.
Explication	Le montant réclamé relativement au coût du médicament ou de l'article a été réduit selon les directives relatives aux prix du Programme des SSNA. Veuillez consulter les directives relatives aux prix du Programme des SSNA pour la région en question.
Code SSNA : W11/ Codes APhC : E2, E3	
Message	Demande de paiement réduite au montant de la part des SSNA.
Explication	Le montant réclamé est réduit pour correspondre à la part prévue par le Programme des SSNA. Ce message est affiché dans le cas des demandes qui ont d'abord été soumises à un autre régime et dont le montant résiduel qui est soumis au Programme des SSNA est réduit. En ce qui concerne les articles soumis en premier lieu à un autre régime, le montant réglé par le Programme des SSNA est réduit au maximum permis, conformément aux directives relatives aux prix du Programme des SSNA.
Code SSNA : W12/ Code APhC : QT	
Message	Une partie de la demande de paiement dépasse la fréquence maximale et est donc rejetée.
Explication	Le montant réclamé a été réduit au maximum permis selon les limites de fréquence du Programme des SSNA.

Code SSNA/APhC	Description
Code SSNA : W13/ Code APhC : La quantité indiquée sur la demande de paiement a été réduite au maximum permis.	
Message	La quantité indiquée sur la demande de paiement a été réduite au maximum permis.
Explication	Le montant réclamé a été réduit pour correspondre au montant maximal permis de 100 jours d'approvisionnement.
Code SSNA : W17/ Code APhC : 64	
Message	Demande de paiement rajustée en fonction des critères de l'autorisation préalable.
Explication	Le montant réclamé a été réduit afin de respecter les critères de l'autorisation préalable établis par Santé Canada. Veuillez consulter la copie du formulaire de demande d'autorisation préalable ou la lettre de confirmation d'autorisation préalable, qui indique le montant maximal en dollars qui est autorisé dans le cadre du Programme des SSNA.
Code SSNA : W18/ Code APhC : DH	
Message	FE réduits pour médicaments usage à long terme basés sur jours d'approvisionnement réglés.
Explication	<p>Les frais d'exécution (FE) d'ordonnance ont été réduits afin de respecter les directives du Programme des SSNA dans le cadre de la Politique d'exécution d'ordonnances à court terme. Le Programme des SSNA ne règle qu'un seul montant des frais d'exécution d'ordonnance par période de renouvellement de 28 jours. Lorsque la demande de paiement soumise pour le renouvellement de médicaments indiqués pour traiter les maladies chroniques indique un nombre de jours d'approvisionnement inférieur à 28 jours, les frais d'exécution sont calculés selon la formule suivante : Frais d'exécution/28 x nombre de jours d'approvisionnement.</p> <p>Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Politique d'exécution d'ordonnances à court terme, veuillez consulter le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/faq-fq-fra.php</p>
Code SSNA : W19/ Code APhC : DH	
Message	Frais d'exécution réduits selon les lignes directrices du Programme des SSNA.
Explication	Les frais d'exécution d'ordonnance ont été réduits ou rejetés afin de respecter les lignes directrices du Programme des SSNA relatives aux frais d'exécution ou les critères énoncés dans la lettre de confirmation de l'autorisation préalable. Veuillez consulter les directives relatives aux prix du Programme des SSNA pour la région en question.

Code SSNA/APhC	Description
Code SSNA : W20/ Code APhC: DS	
Message	Majoration refusée ou réduite selon les directives relatives aux prix du Programme des SSNA.
Explication	La majoration a été refusée ou réduite afin de respecter les directives relatives aux prix du Programme des SSNA ou les critères énoncés dans la lettre de confirmation de l'autorisation préalable. Veuillez consulter les directives relatives aux prix du Programme des SSNA pour la région en question.
Code SSNA : S. O./Code APhC : A8	
Message	Annulation incomplète, demande de paiement originale manquante.
Explication	Indique que le système est incapable de repérer la demande de paiement initiale afin de l'annuler. Veuillez communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs au numéro 1 888 511-4666.
Code SSNA : S. O./Code APhC : A6	
Message	Demande de paiement pour un nourrisson.
Explication	Indique que le système a rejeté cette demande de paiement soumise au point de service, car il s'agit de la première demande faite pour ce nourrisson avec le numéro des AADNC des parents. Veuillez soumettre cette demande de paiement manuellement.
Code SSNA : S. O./Code APhC : 75	
Message	Erreur DDP déjà payée.
Explication	La demande a été soumise à un autre régime en premier lieu et le code d'intervention n'est ni DA ni DB.
Code SSNA : S. O./Code APhC : D9	
Message	Contactez l'entreprise de gestion des DDP.
Explication	Indique qu'une erreur inconnue s'est produite. Veuillez communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs au numéro 1 888 511-4666.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NQ	
Message	Médicament non admissible au Programme d'ordonnance d'essai.
Explication	Indique que ce médicament n'est pas admissible dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NT	
Message	Ne convient pas - Article semblable trouvé dans une ordonnance d'essai antérieure.
Explication	Le système a vérifié la demande et le bénéficiaire a déjà reçu ce médicament auparavant. Par conséquent, le médicament n'est pas admissible dans le cadre du

Code SSNA/APhC	Description
	Programme d'ordonnance d'essai.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NX	
Message	Quantité dépasse celle de la période d'essai.
Explication	Indique que le nombre de jours d'approvisionnement dépasse sept jours. Par conséquent, le médicament n'est pas admissible dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NY	
Message	Quantité insuffisante pour la période d'essai.
Explication	Indique que le nombre de jours d'approvisionnement de la demande de paiement initiale relativement à la période d'essai est inférieur à sept jours. Par conséquent, le médicament n'est pas admissible dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai puisqu'une quantité de médicament inférieure à sept jours n'est pas suffisante pour constituer une période d'essai.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NZ	
Message	Quantité restante de l'ordonnance d'essai délivrée trop tard.
Explication	Le fournisseur doit soumettre la demande de paiement pour l'ordonnance d'essai restante dans les 14 jours qui suivent la soumission de la demande de paiement initiale pour une ordonnance d'essai.
Code SSNA : S. O./Code APhC : OA	
Message	Quantité restante de l'ordonnance d'essai délivrée trop tôt.
Explication	Il doit s'écouler au moins quatre jours entre la soumission de la demande de paiement initiale et le moment où le fournisseur peut soumettre la demande de paiement relative à l'ordonnance d'essai restante.
Code SSNA : S. O./Code APhC : OD	
Message	Pas d'ordonnance d'essai trouvée, quantité restante rejetée.
Explication	Indique que le système n'a pas trouvé la demande de paiement initiale relative à l'ordonnance d'essai. La quantité restante a été rejetée.
Code SSNA : S. O./Code APhC : OE	
Message	Quantité restante de l'ordonnance d'essai déjà délivrée.
Explication	Indique que la quantité restante de l'ordonnance d'essai a déjà été délivrée.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NR	
Message	La dosette ne s'applique pas au médicament.
Explication	Indique que la demande de dosette ne s'applique pas à

Code SSNA/APhC	Description
	ce médicament.
Code SSNA : S. O./Code APhC : NE	
Message	Risque potentiel de surconsommation et d'abus.
Explication	Indique que le bénéficiaire utilise une combinaison de médicaments présentant une possibilité de surconsommation ou d'abus.

7.2 Options de soumission et renseignements obligatoires sur les demandes de paiement pour médicaments

Vous trouverez ci-dessous de l'information sur les options de soumission ainsi que les renseignements obligatoires relativement à la soumission des demandes de paiement pour médicaments.

7.2.1 Options de soumission

Les fournisseurs de services de médicaments peuvent soumettre des demandes de paiement ou des annulations le même jour par EED en vue d'un traitement en temps réel.

Cette option est offerte en tout temps aux fournisseurs de services de médicaments, à l'exclusion des périodes suivantes :

- Période de maintenance pendant laquelle le système est inaccessible les vendredis entre minuit et 6 h, au besoin.
- Période de maintenance pendant laquelle le système est inaccessible les dimanches entre minuit et 6 h.

Toutes les demandes de paiement soumises par EED sont soit acceptées ou retournées en temps réel. Aucune demande n'est mise en suspens. Voici l'explication des deux options relatives à la soumission des demandes de paiement.

- PDS :
 - Les fournisseurs doivent soumettre les demandes de paiement pour médicaments et peuvent soumettre les demandes de paiement pour les articles d'ÉMFM en ligne pour traitement en temps réel au moyen du système PDS. Le système PDS est accessible en tout temps aux fournisseurs de services de médicaments. Le processus présentement employé par plusieurs fournisseurs pour soumettre les demandes de paiement de plus de 999,99 \$ et qui consiste à diviser la demande en plusieurs demandes distinctes, peut entraîner d'autres problèmes (frais d'exécution multiples demandés pour le même produit, dossiers du patient portant à confusion, etc.). Les demandes doivent donc être soumises en un seul envoi pour le montant total de l'ordonnance.

Nota : Il se peut, en raison du logiciel utilisé par la pharmacie, que le nom des champs de données affichés à l'écran diffère de celui des éléments de données obligatoires. Pour mieux comprendre le nom des champs de données que le système de gestion de la pharmacie affiche, le fournisseur doit s'adresser au vendeur de logiciel avec lequel il fait affaire.

- Demandes manuelles :
 - Toutes les demandes de paiement pour médicaments doivent être soumises au moyen du système PDS, à l'exception des deux cas ci-dessous, où les demandes doivent être soumises manuellement à l'aide du Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA :

- La première demande de paiement pour médicaments à l'intention d'un enfant de moins d'un an qui n'est pas encore inscrit auprès des AANDC ou d'un gouvernement territorial. Toutes les demandes de paiement subséquentes à l'intention de cet enfant peuvent être soumises en ligne, une fois que la demande initiale a été soumise manuellement et qu'Express Scripts Canada l'a réglée. Les demandes subséquentes soumises au nom de l'enfant au moyen du système PDS doivent comprendre le numéro d'identification des parents, p. ex., le numéro des AANDC, le numéro de bénéficiaire ou de bande ou encore de famille) dans le champ du numéro d'identification du bénéficiaire ainsi que le nom, le prénom et la date de naissance de l'enfant dans les champs appropriés.
- Les demandes de paiement pour médicaments resoumises après une période dépassant 30 jours.

7.2.2 Soumission des demandes de paiement – Éléments de données requis

Les éléments de données obligatoires s'appliquent uniquement aux demandes de paiement soumises au moyen du système PDS.

Champ	Description
Numéro d'identification de la banque (NIB)	Le fournisseur peut devoir entrer le NIB dans le système. Dans certains cas, le numéro en question est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. La valeur 610068 doit figurer dans le champ « NIB (BIN) » dans le cas des demandes de paiement du Programme des SSNA.
Numéro de version	Si le système de gestion de la pharmacie fonctionne avec la version 3 des normes de transmission de l'APhC, le numéro de version sera 3. Dans la plupart des cas, ce numéro est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Les fournisseurs qui doivent saisir manuellement cette donnée doivent s'adresser à leur vendeur de logiciel afin de connaître le numéro de version de leur logiciel.
Code de transaction	Ce champ permet d'indiquer au système la catégorie de transaction que le fournisseur veut effectuer. Dans la plupart des cas, les codes de transaction sont programmés d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de les saisir. Les fournisseurs qui doivent saisir manuellement cette donnée peuvent utiliser les codes de transaction normalisés de l'APhC : 01 (demande de paiement), 11 (annulation) ou 30 (total quotidien). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des codes de transaction, les fournisseurs doivent s'adresser à leur vendeur de logiciel.
N° du logiciel des fournisseurs	Dans la plupart des cas, le numéro du logiciel utilisé par les fournisseurs est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Si ce n'est pas le cas, veuillez vous adresser au vendeur de logiciel pour permettre l'affichage automatique de ce renseignement dans ce champ.
Version du logiciel des fournisseurs	Ce champ indique la version du logiciel utilisé par les fournisseurs. Le numéro de la version du logiciel utilisé par les fournisseurs est programmé d'avance.

Champ	Description
N° de la pharmacie	Ce champ contient un numéro unique de 10 chiffres, identique au « Numéro de pharmacie » attribué par Express Scripts Canada lors de l'inscription de la pharmacie en tant que fournisseur du Programme des SSNA.
Date de transaction du fournisseur	Ce champ est identique au champ Date de service. Cette date doit être saisie selon le format AAAA-MM-JJ dans un délai de 30 jours suivant la date de prestation du service.
Numéro de repérage	Le numéro de repérage est habituellement généré automatiquement par le logiciel de la pharmacie chaque fois qu'une transaction est transmise, permettant ainsi aux fournisseurs de repérer dans le système toutes les demandes de paiement soumises au moyen du système PDS. Il peut y avoir de rares cas où un fournisseur est obligé de saisir manuellement le numéro de repérage. Pour obtenir plus de renseignements sur le numéro de repérage généré par le système, les fournisseurs doivent s'adresser à leur vendeur de logiciel.
Numéro de régime	Ce champ indique de façon précise le type de régime ou de programme qui a la responsabilité financière de la demande de paiement soumise (par exemple, le Programme des SSNA). Dans la plupart des cas, ce numéro est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Pour en savoir plus sur l'affichage automatique de cette donnée, les fournisseurs doivent s'adresser à leur vendeur de logiciel.
Numéro ou code du groupe	Il s'agit d'un numéro ou d'un code qui désigne un groupe particulier d'adhérents à un régime d'assurance maladie (les bénéficiaires du Programme des SSNA, par exemple). Dans la plupart des cas, ce numéro ou code est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Pour en savoir plus sur l'affichage automatique de cette donnée, les fournisseurs doivent s'adresser à leur vendeur de logiciel.
Numéro du bénéficiaire	Il s'agit d'un numéro unique qui désigne un bénéficiaire admissible à recevoir des services dans le cadre du Programme des SSNA. Ce numéro peut être l'un des suivants lorsque les fournisseurs soumettent des demandes de paiement au moyen du système PDS : <ul style="list-style-type: none"> • Un numéro de 10 chiffres attribué par les AANDC aux bénéficiaires admissibles des Premières nations. • Un numéro de bande de trois chiffres, suivi immédiatement du numéro de famille de cinq chiffres, qui indique la famille à laquelle le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient au sein de la bande. • Un numéro alphanumérique, composé de la lettre B ou N suivie de huit chiffres, attribué par la DGSPNI à certains bénéficiaires admissibles des Premières nations et Inuits reconnus. • Un numéro de régime d'assurance maladie attribué par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut aux bénéficiaires Inuits reconnus. <p>Nota : Auparavant, les AANDC attribuaient aux bénéficiaires des numéros de neuf chiffres (dont certains pourraient encore être valides aujourd'hui). Ces numéros étaient formés d'un numéro de famille de quatre chiffres précédé d'un numéro de bande de trois chiffres. Veuillez insérer un zéro devant le numéro de famille à quatre chiffres.</p>
Date de naissance	Il s'agit de la date de naissance du bénéficiaire. Les dates de naissance

Champ	Description
(DDN)	partielles ne sont pas acceptées. La date de naissance du bénéficiaire est obligatoire pour les demandes de paiement du Programme des SSNA soumises au moyen du système PDS, et doit être saisie selon le format AAAA-MM-JJ.
Prénoms	Les prénoms sous lesquels le bénéficiaire est inscrit à titre de membre admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu. Il est préférable de soumettre plus d'un prénom puisque cela facilitera l'identification du bénéficiaire. Les initiales ne sont pas acceptées.
Noms	Le nom de famille sous lequel le bénéficiaire est inscrit à titre de membre des Premières nations ou d'Inuit reconnu.
Sexe	Si un renseignement est entré dans ce champ, les valeurs sont « H » pour homme, « F » pour femme.
Nouvelle ordonnance/ renouvellement	Ce champ permet d'indiquer s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance, d'un renouvellement ou d'une répétition du traitement prescrit. Dans la plupart des cas, ce numéro est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Si cette donnée doit être entrée manuellement, les codes suivants sont permis : <ul style="list-style-type: none"> • N – nouvelle ordonnance • R – renouvellement/répétition d'un traitement.
N° ordonnance initiale	Il s'agit d'un numéro attribué à l'ordonnance à la date de service initiale (c'est-à-dire le numéro attribué à une nouvelle ordonnance). Ce numéro est exigé au moment de la soumission des demandes de paiement aux fins de renouvellement ou de répétition d'un traitement. Le numéro de l'ordonnance initiale est habituellement affiché automatiquement à l'écran par le système. Toutefois, il se peut que certains fournisseurs doivent le saisir manuellement.
N° ordonnance actuelle	Le numéro de l'ordonnance attribué par la pharmacie à l'article dispensé.
NIM/N° MG/NIP	Le numéro d'identification du médicament (NIM) ou de l'article.
Quantité	La quantité (nombre d'unités) de l'article délivré. Les fournisseurs doivent saisir la quantité réelle pour chaque demande de paiement (par exemple boîte, unités, sachets, etc.).
Nombre de jours d'approvisionnement	Les fournisseurs doivent entrer dans ce champ le nombre de jours d'approvisionnement du médicament pour le traitement prescrit, ou fournir une estimation du nombre de jours nécessaire dans le cas des ordonnances indiquant « au besoin ».
N° du prescripteur	Ce champ doit contenir le nom ou le numéro d'identification du prescripteur selon la province ou le territoire et doit être identique à celui qui est requis par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie.
N° réf. du prescripteur	Ce champ permet aux fournisseurs d'entrer un code les désignant selon leur catégorie de prescripteur (par exemple infirmière, médecin, pharmacien, etc.).
Numéro ou code d'autorisation spéciale (AS)	Numéro d'autorisation spéciale qui doit être attribué par la DGSPNI avant que le fournisseur puisse dispenser certains médicaments.
Codes	Les codes d'intervention permettent aux fournisseurs d'outrepasser les

Champ	Description
d'intervention/exception	messages transmis par la RUM. Ils peuvent également servir à déterminer certaines règles de couverture ou de paiement.
Coût du médicament/valeur du produit	Coût total des ingrédients ou coût d'acquisition de toutes les composantes du médicament dispensé ou de l'article fourni.
Majoration	Valeur en dollars de la majoration du coût d'un article, selon le pourcentage établi. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Honoraires professionnels	Frais d'exécution de l'ordonnance pour l'article fourni. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Déjà payé	Valeur en dollars de toute partie d'une demande de paiement qui a été payée par un régime provincial, territorial ou autre. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
N° du pharmacien	Ce champ permet aux pharmaciens de s'identifier lorsqu'ils outrepassent les messages d'avertissement du système RUM. Les fournisseurs doivent entrer dans ce champ leur numéro de pharmacien et le code d'intervention approprié.
Date de traitement	Cet élément de données n'est exigé qu'aux fins de soumission des annulations en ligne. Dans la plupart des cas, ce numéro est programmé d'avance dans le logiciel; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. La date de traitement doit être entrée selon le format AAAA-MM-JJ lorsqu'elle est saisie manuellement. Cette date doit être comprise dans la période de 30 jours qui suit la date de traitement initiale de la demande de paiement. S'il s'est écoulé plus de 30 jours depuis la date initiale de traitement, les annulations devront être soumises sur un formulaire papier ou encore être annulées sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.

7.2.2.1 Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA - Éléments de données

Le Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA est réservé aux cas particuliers suivants :

- La première demande de paiement pour médicaments pour un nourrisson de moins d'un an qui n'est pas encore inscrit auprès des AANDC.
- Les demandes de paiement pour médicaments soumises de nouveau après une période dépassant 30 jours.

Les renseignements ci-dessous décrivent les éléments de données obligatoires pour chaque section du Formulaire de demande de paiement pour médicaments du Programme des SSNA, notamment :

- Renseignements sur le bénéficiaire;
- Renseignements sur chaque article prescrit;
- Renseignements sur la pharmacie, renseignements sur les parents (obligatoires pour les services rendus aux nourrissons âgés de moins d'un an). Renseignements sur le bénéficiaire - Éléments de données

Champ	Description
Nom de famille	Le nom de famille sous lequel le bénéficiaire est inscrit à titre de membre des Premières nations ou d'Inuit reconnu.
Prénoms	Les prénoms sous lesquels le bénéficiaire est inscrit à titre de membre admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu. Il est préférable de soumettre plus d'un prénom puisque cela facilitera l'identification du bénéficiaire. Les initiales ne sont pas acceptées.
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	La date de naissance complète du bénéficiaire selon le format année-mois-jour (p. ex., 1992-05-13 représente le 13 mai 1992). Les dates de naissance partielles ne sont pas acceptées.
Numéro du bénéficiaire	<p>Un numéro unique utilisé pour désigner un bénéficiaire admissible aux biens et services couverts par le Programme des SSNA. Ce numéro peut être l'un des suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un numéro de 10 chiffres attribué par les AANDC aux bénéficiaires admissibles des Premières nations. • Un numéro de bande de trois chiffres, suivi immédiatement du numéro de famille de cinq chiffres, qui indique la famille à laquelle le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient au sein de la bande. • Un numéro alphanumérique suivi de huit chiffres attribué par la DGSPNI à certains bénéficiaires admissibles des Premières nations et Inuits reconnus. • Un numéro de régime d'assurance maladie attribué par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut aux bénéficiaires Inuits reconnus.
Numéro de bande	Un numéro de trois chiffres (p. ex., 002, 311) qui détermine à quelle bande le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient. Le numéro de bande, lorsqu'il est soumis conjointement avec le numéro de famille, peut remplacer le numéro du bénéficiaire admissible des Premières nations.
Numéro de famille	Un numéro de cinq chiffres (p. ex., 04120) qui détermine à quelle unité familiale le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient au sein de la bande. Le numéro de famille, lorsqu'il est soumis conjointement avec le numéro de bande, peut remplacer le numéro du bénéficiaire admissible des Premières nations. Si le numéro de famille qui est indiqué sur la carte d'inscription ne compte que quatre chiffres, veuillez ajouter un zéro devant le numéro de quatre chiffres.

7.2.2.1.2 Renseignements pour chaque article prescrit - Éléments de données

Champ	Description
Date du service (AAAA-MM-JJ)	Date à laquelle les services ont été rendus au bénéficiaire, selon le format année/mois/jour (par exemple, 1992-05-13, qui représente le 13 mai 1992).
NIM/code de l'article	NIM ou le code de l'article.
Code de services spéciaux (CSS)	Les fournisseurs peuvent indiquer un code de services spéciaux (CSS) sur les demandes de paiement qu'ils soumettent manuellement. Lors du traitement des demandes de paiement, le STRDPSS n'entre dans ce champ que les valeurs « P » et « 2 » aux demandes soumises. La valeur « P » correspond à une demande de paiement pour médicaments avec dosette soumise par les fournisseurs du Québec, alors que la valeur « 2 » (intervention du pharmacien) s'applique aux demandes de paiement pour médicaments qui servent à traiter les maladies chroniques, soumises par les fournisseurs des autres provinces et territoires, afin de déroger au code W18 (FE réduits pour médicaments à usage à long terme basés sur jours d'approvisionnement réglés). Le système ne tient pas compte des autres valeurs du code CSS pendant le traitement des demandes de paiement. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Quantité	Quantité (nombre d'unités) de l'article dispensé.
Numéro d'ordonnance	Numéro d'ordonnance attribué par la pharmacie à l'article fourni.
Coût du médicament/de l'article	Coût total d'acquisition de toutes les composantes du médicament délivré ou de l'article fourni.
Frais d'exécution de l'ordonnance	Frais d'exécution pour l'article fourni. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Majoration	Valeur en dollars de toute majoration du coût de l'article fourni selon le pourcentage fixé. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Part de l'autre régime	Valeur en dollars de toute partie de la demande de paiement qui peut être facturée à un régime provincial, territorial ou autre. Laissez ce champ vide s'il est sans objet.
Montant réclamé	Somme du coût du médicament ou de l'article, des frais d'exécution de l'ordonnance et de la majoration, moins la part d'un autre régime.
Jours d'approvisionnement	Nombre de jours d'approvisionnement d'un médicament indiqué sur l'ordonnance.
Total	Somme des montants réclamés pour tous les articles (10 au maximum) qui figurent sur le Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA.

Champ	Description
N° du prescripteur	Ce champ doit contenir le numéro d'identification du prescripteur selon la province ou le territoire et doit être identique à celui qui est requis par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie
Numéro d'autorisation préalable	Numéro d'autorisation, qui doit être émis par le CEM avant que le fournisseur puisse dispenser certains médicaments.

7.2.2.1.3 Renseignements sur la pharmacie - Éléments de données

Champ	Description
Nom de la pharmacie	Nom de la pharmacie qui soumet la demande de paiement. Le format de ce champ est laissé à la discrétion de la pharmacie.
Adresse de la pharmacie	Adresse de la pharmacie qui soumet la demande de paiement. Le format de ce champ est laissé à la discrétion de la pharmacie.
Numéro de la pharmacie	Numéro d'identification attribué à la pharmacie une fois que cette dernière est inscrite à titre de fournisseur dans le cadre du Programme des SSNA.

7.2.2.1.4 Renseignements sur les parents (obligatoires pour les nourrissons âgés de moins de un an) - Éléments de données

La première demande de paiement doit être soumise manuellement au moyen du Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA. Les demandes de paiement ultérieures peuvent être soumises au moyen du système PDS.

Un nourrisson âgé de moins d'un an qui n'est pas encore inscrit à titre de bénéficiaire admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu pourra obtenir des services si l'un des parents du nourrisson est inscrit à titre de bénéficiaire et qu'il est membre des Premières nations ou un Inuit reconnu et que son admissibilité a été confirmée.

Dans un pareil cas, le nom, les prénoms et la date de naissance du nourrisson (selon le format AAAA-MM-JJ) doivent être saisis dans les champs appropriés de la section du formulaire intitulée « Renseignements sur le bénéficiaire ». Les renseignements ci-dessous doivent être fournis à propos des parents.

Champ	Description
Nom de famille	Nom de famille sous lequel le parent est inscrit à titre de bénéficiaire admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu.
Prénoms	Prénoms sous lesquels le parent est inscrit à titre de bénéficiaire admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu. Il est préférable de soumettre plus d'un prénom puisque cela facilitera l'identification du bénéficiaire. Les initiales ne sont pas acceptées.
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Date de naissance du parent, selon le format année-mois-jour (par exemple, 1956-05-13, qui représente le 13 mai 1956). Les dates de naissance partielles ne sont pas acceptées.
N° du bénéficiaire	Numéro sous lequel le parent est inscrit à titre de

Champ	Description
	<p>bénéficiaire admissible des Premières nations ou d'Inuit reconnu. Ce chiffre peut être l'un des suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un numéro de 10 chiffres attribué par les AANDC aux bénéficiaires admissibles des Premières nations. • Un numéro de bande de trois chiffres, suivi immédiatement du numéro de famille de cinq chiffres, qui indique la famille à laquelle le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient au sein de la bande. • Un numéro alphanumérique, suivi de huit chiffres, attribué par la DGSPNI à certains bénéficiaires admissibles des Premières nations et Inuits reconnus. • Un numéro de régime d'assurance maladie attribué par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut aux bénéficiaires Inuits reconnus.
Numéro de bande	Un numéro de trois chiffres (p. ex., 002, 311) qui détermine à quelle bande le parent admissible des Premières nations appartient. Le numéro de bande, s'il est soumis conjointement avec le numéro de famille, peut être accepté à la place du numéro d'identification du bénéficiaire admissible des Premières nations.
Numéro de famille	Un numéro de cinq chiffres (p. ex., 04120) qui détermine à quelle unité familiale le bénéficiaire admissible des Premières nations appartient au sein de la bande. Le numéro de famille, s'il est soumis conjointement avec le numéro de bande du bénéficiaire, peut être utilisé au lieu du numéro d'identification du bénéficiaire admissible des Premières nations. Si le numéro de famille qui est indiqué sur la carte d'inscription ne compte que quatre chiffres, veuillez ajouter un zéro devant le numéro de quatre chiffres.

7.2.3 Annulation de transactions pour des médicaments prescrits que les bénéficiaires ne sont pas venus chercher

- **Préparations magistrales**
 - Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale qui ne peut pas être remise dans les stocks de la pharmacie, Express Scripts Canada remboursera au fournisseur le coût du médicament et les frais d'exécution de l'ordonnance. Une annulation de la transaction n'est donc pas nécessaire dans ce cas. Il n'y aura aucun changement relativement à la RUM.
- **Médicaments prescrits**
 - Lorsqu'un médicament n'est pas récupéré par le bénéficiaire et que ce médicament peut être remis dans les stocks de la pharmacie, l'annulation d'une demande de paiement s'applique seulement aux médicaments ayant fait l'objet de frais d'exécution. Pour annuler le coût d'un médicament ou d'un article et les frais d'exécution d'ordonnance dans une demande de paiement, le fournisseur doit remplir un Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA en indiquant le pseudo-DIN 55555555 dans le champ du

numéro d'article. Les renseignements indiqués sur la nouvelle demande de paiement, à l'exception du pseudo-DIN 55555555, doivent correspondre à ceux qui figurent dans la demande de paiement qui a été annulée.

7.2.4 Renseignements relatifs au paiement

- **Règlement des pharmacies**
 - Les demandes de paiement sont réglées rapidement aux fournisseurs de services de médicaments, conformément aux modalités de l'entente et à celles de la trousse.
- **Règlements nets**
 - La pharmacie obtiendra un règlement sur ce qui suit : (1) les services rendus à un bénéficiaire pour la délivrance des médicaments couverts dans le cadre du Programme des SSNA; (2) d'autres services admissibles à un règlement, tels qu'ils sont énoncés dans l'Entente avec les pharmacies, dans toute modification y étant apportée, ou dans la trousse. Le montant final qui est obtenu sera désigné par « règlement net ».
- **Échéancier des règlements**
 - À moins que l'entente ne le prévoie autrement, les règlements seront envoyés aux pharmacies toutes les deux semaines. Les cycles de règlement ont lieu automatiquement le 1^{er} et le 16 de chaque mois. Le premier cycle de règlement comprend les demandes de paiement traitées entre le 16 et le dernier jour du mois (p. ex., le 28 ou le 29 février ou le 30 et le 31 de tout autre mois). Le cycle de règlement du 16 comprend les demandes de paiement traitées entre le 1^{er} et le 15 du mois. Le règlement est versé dans les deux jours ouvrables qui suivent le cycle de règlement, à moins qu'une fin de semaine ou qu'un congé ne survienne. Le règlement est versé le jour où les chèques et les relevés sont envoyés et où les transferts électroniques de fonds (TEF) sont effectués.
- **Méthode de règlement**
 - Les TEF sont offerts aux pharmacies qui fournissent à Express Scripts Canada les renseignements nécessaires sur le compte bancaire en vue du dépôt du montant. Si vous choisissez la méthode de règlement par TEF, veuillez remplir le Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur des services de médicaments et d'ÉMFM et le retourner à Express Scripts Canada à l'adresse indiquée sur le formulaire. Les pharmacies qui ne fournissent pas de renseignements pour le TEF recevront un chèque. Afin de ne pas retarder le règlement, veuillez vérifier si l'adresse saisie sur le Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur des services de médicaments et d'ÉMFM est exacte. Une pharmacie qui reçoit des règlements par chèque et souhaite plutôt se prévaloir du TEF peut s'y inscrire en tout temps en remplissant le Formulaire de modification des renseignements sur le fournisseur des services de médicaments et d'ÉMFM.
- **Annulation de transactions au moyen du système PDS**
 - Une « annulation » est une transaction qui sert à annuler une demande de paiement déjà réglée qui a été soumise précédemment au moyen du système PDS. On l'utilise lorsque le fournisseur souhaite corriger ou annuler une demande de paiement déjà soumise. Il existe deux types d'annulation : les transactions dont les données sont annulées le jour même de la soumission et les transactions dont les données sont annulées à une date ultérieure (jusqu'à 30 jours après la date de soumission initiale). Pour que l'annulation des données puisse être effectuée, la demande de paiement initiale doit se trouver dans la base de données informatique. Sinon, l'annulation sera rejetée avec le

code A8 de l'APhC. Dans les deux cas, le STRDPSS produit un « rajustement » qui annule le résultat du traitement des données de la demande de paiement initiale. Les trois demandes de paiement figurent sur le Relevé des demandes de paiement pour médicaments : la demande de paiement initiale, l'annulation et la demande de paiement rajustée. Les demandes de paiement qui doivent être annulées plus de 30 jours après la date de la soumission initiale doivent être soumises manuellement jusqu'à un an après la date de service initiale, et vous devez utiliser soit le Formulaire de demande de paiement pour médicaments - Programme des SSNA, soit une copie du Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.

- Dans la plupart des cas, le logiciel désigne automatiquement une date de traitement; le personnel de la pharmacie n'a donc pas besoin de le saisir. Si elle est saisie manuellement, la date de traitement devra être entrée selon le format AAAA-MM-JJ. Cette date doit être comprise dans la période de 30 jours qui suit la date de traitement initiale de la demande de paiement. Les annulations de ces demandes doivent être soumises manuellement après cette période de 30 jours, à compter de la date initiale de traitement

7.3 Programme d'ordonnance d'essai

7.3.1 En quoi consiste le Programme d'ordonnance d'essai?

Le Programme d'ordonnance d'essai a été conçu pour aider à déterminer si un bénéficiaire peut tolérer un médicament en particulier sans subir d'effets secondaires. Fournir un approvisionnement limité au cours de la période d'essai permet d'éviter le gaspillage et offre la possibilité au patient de discuter avec le pharmacien (et le prescripteur, au besoin) avant d'avoir utilisé toute la quantité du médicament prévu dans l'ordonnance. Les effets secondaires indésirables sont une des principales raisons qui portent les bénéficiaires à cesser l'utilisation d'un médicament.

7.3.2 Comment les médicaments du Programme d'ordonnance d'essai sont-ils traités?

Le Programme d'ordonnance d'essai ne s'applique qu'aux demandes de paiement qui comportent ou non un numéro d'autorisation préalable confirmé et qui sont soumises par EED en Colombie-Britannique et en Saskatchewan.

Dans le cadre de ce programme, le bénéficiaire reçoit un approvisionnement de sept jours d'un nouveau médicament afin de déterminer s'il le tolère. Le programme est conçu pour réduire le gaspillage des médicaments qui ne sont pas tolérés, et diminue les risques d'abus grâce à une surveillance accrue du bénéficiaire et au suivi par le pharmacien.

La participation à ce programme est volontaire. Si une demande de paiement est soumise pour un médicament ou un article dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai (indicateur d'ordonnance d'essai = O dans l'écran Détails sur la couverture) sans code d'intervention relatif aux ordonnances d'essai, la demande de paiement sera traitée conformément aux règles de vérification habituelles.

Si une demande de paiement est soumise pour un médicament ou un article dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai avec un code d'intervention MT (Programme d'ordonnance d'essai) ou ND (Quantité restante du Programme d'ordonnance d'essai), la demande de paiement sera traitée selon les règles du Programme d'ordonnance d'essai.

7.3.3 Processus de traitement du Programme d'ordonnance d'essai

Les DIN ou les codes d'articles des produits qui sont admissibles au Programme d'ordonnance d'essai sont désignés par l'indicateur d'ordonnance d'essai.

1. La première demande de paiement doit être soumise au moyen du code d'intervention MT de l'APhC (Programme d'ordonnance d'essai). Si le médicament n'est pas admissible dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai, la demande de paiement sera retournée avec le code NQ de l'APhC (Médicament prescrit non admissible à titre de médicament à l'essai).
 2. Le nombre de jours d'approvisionnement soumis doit être de sept :
 - S'il est inférieur à sept, la demande sera rejetée avec le code NY de l'APhC (Quantité insuffisante pour la période d'essai).
 - S'il est supérieur à 7, la demande sera rejetée avec le code NX de l'APhC (Quantité dépasse celle de la période d'essai).
 - Si une demande de paiement réglée figure dans l'historique des demandes du bénéficiaire pour le même médicament et qu'une demande est soumise à moins de deux années de la date de service, la demande sera rejetée avec le code NT de l'APhC (Ne convient pas - article semblable trouvé dans une ordonnance d'essai antérieure).
 - Si toutes les conditions ci-dessus sont respectées, la demande de paiement sera traitée.
 3. Le nombre de jours restant sur l'ordonnance doit être soumis sur une deuxième demande de paiement avec le code d'intervention ND de l'APhC
 - Si le médicament correspondant au DIN ou au numéro d'article n'est pas admissible dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai, la demande sera rejetée avec le code NQ de l'APhC (Médicament non admissible au programme d'ordonnance d'essai).
 - Veuillez vous assurer que la demande est bien la deuxième demande qui est soumise pour le bénéficiaire et l'article. Si aucune autre demande n'existe dans le cadre du Programme d'ordonnance d'essai, la demande sera rejetée avec le code OD de l'APhC (Pas d'ordonnance d'essai trouvée, quantité restante rejetée).
 - Si par contre une deuxième demande existe, la demande sera rejetée avec le code OE de l'APhC (Quantité restante de l'ordonnance d'essai déjà délivrée).
 - S'il s'agit d'une deuxième demande de paiement valide, la date de service devra être postérieure à la date de la première demande d'au moins quatre jours et se situer dans les 14 jours qui suivent la première demande, sinon la deuxième demande sera rejetée avec le code OA de l'APhC (Quantité restante de l'ordonnance d'essai délivrée trop tôt) ou le code NZ (Quantité restante de l'ordonnance d'essai délivrée trop tard), respectivement.
 4. Si toutes les conditions ci-dessus sont respectées, la demande de paiement sera traitée.
- Il n'existe aucun code des SSNA correspondant aux codes de rejet relatifs au Programme d'ordonnance d'essai. Par conséquent, le code et la description de l'APhC sont imprimés sur le Relevé des demandes de paiement des fournisseurs - Médicaments.