

Division des médicaments et des appareils et accessoires fonctionnels

Mise à jour sur la refonte de l'Assurance-santé Plus : FAQ pour les pharmaciens

1. Quelles sont les modifications à venir à l'Assurance-santé Plus?

À compter du 1^{er} avril 2019, le gouvernement accordera des prestations d'Assurance-santé Plus aux enfants et jeunes qui ne bénéficient d'aucun régime privé. Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, mais qui n'ont pas de régime privé, continueront de recevoir des prestations pour des médicaments d'ordonnance admissibles en vertu de l'Assurance-santé Plus.

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui bénéficient d'un régime privé auront accès à des prestations pour médicaments d'ordonnance par l'entremise de leur régime privé*, comme c'était le cas avant le lancement de l'Assurance-santé Plus le 1^{er} janvier 2018.

Les ménages qui déboursent des sommes importantes pour des médicaments d'ordonnance, et dont les enfants et les jeunes sont couverts par un régime privé, peuvent faire une demande auprès du Programme de médicaments Trillium. Le Programme de médicaments Trillium est offert à tous les Ontariens couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario dont les coûts de médicaments d'ordonnance sont élevés par rapport au revenu de leur ménage. Pour en savoir plus sur le Programme de médicaments Trillium et les coûts de médicaments d'ordonnance admissibles, veuillez consulter : <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-aide-pour-les-couts-eleves-des-medicaments-dordonnance> ou appeler le Programme de médicaments Trillium au 416 642-3038 (région de Toronto) ou sans frais au 1 800 575-5386.

**Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui sont admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) en vertu d'autres critères d'admissibilité tels que l'aide sociale ou les soins à domicile continueront de recevoir des prestations pour des médicaments d'ordonnance aux termes du Programme de médicaments de l'Ontario, sans égard au fait qu'ils bénéficient ou non d'un régime privé.*

2. Pourquoi le gouvernement apporte-t-il des modifications à l'Assurance-santé Plus?

Le gouvernement accorde des prestations d'Assurance-santé Plus aux enfants et jeunes de 24 ans et moins qui ne bénéficient pas d'un régime privé. Ce changement reconnaît l'importante contribution des assureurs privés et des employeurs dans le versement de prestations de santé aux Ontariens.

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} avril 2019. D'ici cette date, l'Assurance-santé Plus continuera sous sa forme actuelle, offrant aux enfants et jeunes de 24 ans et moins qui sont couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario une couverture pour les médicaments d'ordonnance admissibles en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO).

3. Pourquoi le gouvernement n'assume-t-il pas les coûts qui ne sont pas couverts par un régime privé?

Le gouvernement accorde des prestations d'Assurance-santé Plus aux enfants et jeunes de 24 ans et moins qui ne bénéficient pas d'un régime privé. Ce changement reconnaît l'importante contribution des assureurs privés et des employeurs dans le versement de prestations de santé aux Ontariens. En général, les régimes privés couvrent davantage de médicaments que le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO); les enfants et les jeunes pourraient ainsi avoir accès à plus de médicaments par l'entremise de leur régime privé qu'avec le PMO.

4. À quel moment les modifications à l'Assurance-santé Plus entreront-elles en vigueur?

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} avril 2019.

5. Y aura-t-il une quelconque période de transition offerte?

Une fois que les modifications entrent en vigueur le 1^{er} avril 2019, les patients de 24 ans et moins qui bénéficient d'un régime privé ne seront plus admissibles au PMO dans le cadre de l'Assurance-santé Plus. Le Ministère collabore avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes et ses compagnies membres pour assurer qu'un retour au régime privé entraîne un minimum d'inconvénients pour les bénéficiaires et un modeste fardeau administratif pour les cliniciens. Les patients sont encouragés à communiquer avec leur assureur privé pour obtenir plus de détails.

6. Qu'est-ce qu'on entendra par « régime privé »?

Un « régime privé » s'entendra d'un régime, programme ou compte collectif, individuel ou de l'employeur, quelle que soit son appellation, qui fournit une couverture pour des produits médicamenteux, y compris le versement des fonds nécessaires pour les payer, peu importe ce qui suit :

- le régime privé couvre le médicament particulier pour lequel la couverture est demandée;
- l'enfant ou le jeune ou une autre personne admissible au régime privé doit verser une quote-part, une franchise ou une prime;
- l'enfant ou le jeune a atteint le montant maximal annuel en vertu du régime privé et ne dispose d'aucune autre couverture.

7. Les contributions par des fabricants pharmaceutiques destinées aux patients inscrits à des programmes de soutien des patients ou possédant une carte de paiement des médicaments de marque seront-elles considérées comme un régime privé?

Celles-ci ne seront pas considérées comme un régime privé aux termes du règlement.

8. Les services de santé non assurés (SSNA) sont-ils considérés comme un régime privé?

Les SSNA sont un plan financé par le gouvernement fédéral et ne sont pas considérés comme un régime privé aux termes du règlement. Les patients admissibles aux SSNA peuvent bénéficier de prestations par l'entremise des SSNA comme c'était le cas avant l'introduction de l'Assurance-santé Plus le 1^{er} janvier 2018; sinon ils peuvent continuer de toucher des prestations par l'entremise de l'Assurance-santé Plus s'ils ne sont pas couverts par un régime privé.

9. Le programme KARE (pour les enfants et les jeunes pris en charge par la Société d'aide à l'enfance) et l'Initiative des avantages sociaux pour les jeunes quittant la prise en charge sont-ils considérés comme des régimes privés d'assurance?

Ces programmes sont financés par le secteur public et ne sont donc pas considérés comme des régimes privés d'assurance en vertu de la réglementation.

10. Qu'arrive-t-il si l'enfant ou le jeune n'est pas couvert pour un médicament particulier au titre de son régime privé? Peut-il alors bénéficier de l'Assurance-santé Plus?

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui bénéficient d'un régime privé ne seront pas admissibles à l'Assurance-santé Plus, peu importe si :

- le régime privé couvre le médicament particulier pour lequel la couverture est demandée;
- l'enfant ou le jeune ou une autre personne admissible au régime privé doit verser une quote-part, une franchise ou une prime;
- l'enfant ou le jeune a atteint le montant maximal annuel en vertu du régime privé et ne dispose d'aucune autre couverture.

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui bénéficient d'un régime privé auront accès aux prestations pour médicaments par l'entremise de leur régime privé, comme c'était le cas avant le lancement de l'Assurance-santé Plus.

Les ménages qui déboursent des sommes importantes pour des médicaments d'ordonnance, et dont les enfants et les jeunes sont couverts par un régime privé, peuvent faire une demande auprès du Programme de médicaments Trillium. Le Programme de médicaments Trillium est offert à tous les

Ontariens couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario dont les coûts de médicaments d'ordonnance sont élevés par rapport au revenu de leur ménage. Pour en savoir plus sur le Programme de médicaments Trillium et les coûts de médicaments d'ordonnance admissibles, veuillez consulter : <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-aide-pour-les-couts-eleves-des-medicaments-dordonnance> ou appeler le Programme de médicaments Trillium au 416 642-3038 (région de Toronto) ou sans frais au 1 800 575-5386.

11. Qu'arrive-t-il si un enfant ou un jeune prend actuellement un médicament qui a été approuvé par le Programme d'accès exceptionnel?

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins admissibles au Régime de l'assurance-santé de l'Ontario **qui n'ont pas** de régime privé maintiendront leur admissibilité à l'Assurance-santé Plus et continueront donc d'avoir accès à leurs médicaments couverts par le Programme d'accès exceptionnel, jusqu'à la date d'expiration de la lettre d'approbation donnant droit à ce programme.

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins **qui ont** un régime privé, et qui ont eu droit à un financement pour des médicaments par l'entremise du Programme d'accès exceptionnel faisant partie de l'Assurance-santé Plus, pourraient maintenant devoir obtenir une autorisation préalable auprès de leur régime privé pour certains médicaments avant d'obtenir une couverture. Si vous êtes dans cette situation, vous voudrez peut-être communiquer avec votre régime privé dès maintenant pour vous assurer de fournir toute la documentation requise avant le 1^{er} avril 2019.

Pour ceux **qui ont** un régime privé :

- Les pharmacies pourront soumettre des demandes de règlement qui n'exigent aucune autorisation préalable de la part du régime privé directement auprès de celui-ci, comme c'était le cas avant le 1^{er} janvier 2018
- Pour ce qui est des demandes de règlement qui exigent une autorisation préalable de la part du régime privé, le Ministère collabore avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes et ses compagnies membres pour assurer qu'un retour au régime privé entraîne un minimum d'inconvénients pour les bénéficiaires et un modeste fardeau administratif pour les cliniciens.

12. En tant que pharmacien, comment saurai-je si l'enfant ou le jeune est couvert par un régime privé?

Conformément aux pratiques actuelles en pharmacie, les pharmaciens déterminent si une personne bénéficie ou non d'un régime privé ou d'un payeur en espèces afin de déterminer comment soumettre une demande de remboursement ou imposer les frais au patient. Le pharmacien devra confirmer l'admissibilité à l'Assurance-santé Plus en demandant à l'enfant, au jeune ou à son parent ou tuteur s'il bénéficie d'un régime privé, chaque fois qu'une ordonnance est préparée (voir l'annexe pour d'autres détails). La situation ressemble à celle qui prévalait pour les enfants et les jeunes avant le lancement de l'Assurance-santé Plus.

Le Ministère continue de consulter des représentants de l'Ontario Pharmacists Association et de l'Association canadienne des pharmacies de quartier et fera un suivi de la mise en œuvre des modifications à l'Assurance-santé Plus.

13. Si un enfant ou un jeune a un régime privé, mais débourse des sommes importantes, que devrait-il faire?

Les ménages qui déboursent des sommes importantes pour des médicaments d'ordonnance, et dont les enfants et les jeunes sont couverts par un régime privé, peuvent faire une demande auprès du Programme de médicaments Trillium. Le Programme de médicaments Trillium est offert à tous les Ontariens couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario dont les coûts de médicaments d'ordonnance sont élevés par rapport au revenu de leur ménage. Les ménages inscrits au Programme de médicaments Trillium ont une franchise annuelle (environ 4 % du revenu net du ménage), laquelle doit être payée avant que le Programme de médicaments de l'Ontario ne verse des prestations pour des médicaments.

Veillez consulter le « Guide explicatif sur le Programme de médicaments Trillium » pour savoir si le Programme de médicaments Trillium (PMT) vous convient avant d'en faire la demande. Le guide sur le PMT et le formulaire de demande sont disponibles en ligne sur le site Web du Ministère : <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-aide-pour-les-couts-elevés-des-medicaments-dordonnance>.

Si vous avez des questions au sujet du PMT, veuillez communiquer avec le Programme de médicaments Trillium au 416 642-3038 (région de Toronto) ou sans frais au 1 800 575-5386.

14. Si un enfant ou un jeune a le droit de recevoir des prestations pour des médicaments par l'entremise du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, sera-t-il couvert à 100 % ou devra-t-il payer une quote-part?

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui sont admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) parce qu'ils bénéficient de l'aide sociale, peu importe qu'ils aient ou non un régime privé, maintiendront leurs prestations par l'entremise du PMO sans payer de quote-part ni de franchise.

15. Si un régime privé ne couvre pas entièrement un médicament financé par l'entremise du Programme d'accès exceptionnel et le ménage fait une demande auprès du Programme de médicaments Trillium, doit-il également faire une demande auprès du Programme d'accès exceptionnel?

Oui. L'inscription au Programme de médicaments Trillium signifie que le Programme de médicaments de l'Ontario vous aidera à payer vos médicaments d'ordonnance admissibles, une fois que vous aurez payé votre franchise annuelle. Certains médicaments qui ne figurent pas au Formulaire nécessitent une approbation par le Programme d'accès exceptionnel pour être couverts. Un prescripteur autorisé doit soumettre une demande du Programme d'accès exceptionnel au nom du bénéficiaire du Programme de médicaments Trillium et la demande doit être approuvée par le Ministère.

Pour savoir quels médicaments sont couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario, consultez : <https://www.ontario.ca/fr/page/verification-de-la-prise-en-charge-des-medicaments>.

16. Comment fait-on pour obtenir le remboursement du coût de médicaments d'ordonnance couverts par le PMO dans le cadre de l'Assurance-santé Plus?

La personne qui a déboursé des sommes pour une ordonnance admissible au titre du Programme de médicaments de l'Ontario peut soumettre ses reçus à celui-ci pour un remboursement.

Pour les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui sont couverts par le Régime de l'assurance-santé de l'Ontario et qui ont déboursé des sommes pour des ordonnances admissibles au titre du PMO délivrées **avant** le 1^{er} avril 2019, le reçu admissible au titre du PMO sera remboursé, peu importe si le bénéficiaire de l'Assurance-santé Plus a ou non un régime privé.

Pour les enfants et les jeunes de 24 ans ou moins qui ont déboursé des sommes pour des ordonnances admissibles au titre du PMO délivrées **le ou après le** 1^{er} avril 2019 :

- Si la personne de 24 ans ou moins est couverte par l'Assurance-santé et n'a pas de régime privé, le reçu admissible au titre du PMO lui sera remboursé.
- Si la personne de 24 ans ou moins est couverte par un régime privé, mais qu'elle **est** admissible au PMO en vertu d'un autre volet d'admissibilité de celui-ci, comme le programme Ontario au travail, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, les programmes de soins à domicile et de soins de longue durée, les foyers de soins spéciaux, les foyers communautaires ou le Programme de médicaments Trillium, le montant du reçu lui sera remboursé, sous réserve de la franchise ou de la quote-part applicable.
- Si la personne de 24 ans ou moins est couverte par un régime privé, mais **n'est pas** admissible au PMO en vertu d'un autre volet d'admissibilité de celui-ci, elle doit soumettre son reçu à son régime privé aux fins de remboursement.

Rappel au sujet des reçus soumis au PMO :

- Envoyez votre reçu d'ordonnance admissible **original** au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) par voie postale aux fins de traitement.

- Assurez-vous d'indiquer le numéro de votre carte Santé de l'Ontario lorsque vous remettez un reçu d'ordonnance au PMO aux fins de remboursement.
- Adresse postale du PMO :
Programme de médicaments de l'Ontario
C.P. 384, Succursale D
Etobicoke (Ontario) M9A 4X3

Les ménages qui déboursent des montants élevés pour des médicaments d'ordonnance, et dont les enfants et les jeunes sont couverts par un régime privé, peuvent faire une demande auprès du PMT. Pour en savoir davantage sur le PMT, veuillez vous reporter à la question 12, ci-dessus.

17. Est-ce que le Système du réseau de santé (SRS) sera modifié pour faciliter la présentation des demandes de règlement des pharmacies au PMO par suite de la refonte de l'Assurance-santé Plus?

Processus de présentation de demandes de règlement par les pharmacies pour les enfants et les jeunes de 24 ans et moins

- À compter du 1^{er} avril 2019, les pharmacies devront vérifier si l'enfant ou le jeune (de 24 ans ou moins) est couvert par un régime privé et/ou par un autre volet du PMO avant de présenter une demande de règlement au SRS pour décision.
- Si l'enfant ou le jeune est couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario mais qu'il N'EST PAS couvert par un régime privé, la pharmacie peut présenter la demande de règlement au PMO en y inscrivant le nouveau code de service spécial (CSS) « U » (Attestation d'absence d'assurance privée). La demande sera traitée au titre du volet d'admissibilité de l'Assurance-santé Plus.
- En inscrivant le CSS « U », la pharmacie confirme que l'enfant ou le jeune n'est pas couvert par un régime privé. Le CSS « U » doit figurer sur chaque demande de règlement présentée pour un bénéficiaire admissible à l'Assurance-santé Plus. Si ce code ne figure pas sur une demande de règlement présentée pour un enfant ou un jeune, la demande sera rejetée par le SRS et retournée avec le nouveau code de refus « PM » (Attestation d'absence d'assurance privée manquante).
- Si l'enfant ou le jeune EST couvert par un régime privé (peu importe que les frais d'exécution de l'ordonnance par la pharmacie soient couverts par le régime privé ou non ou que le plafond d'indemnisation ait été atteint ou non), cet enfant ou ce jeune N'EST PAS admissible à l'Assurance-santé Plus. Il se peut toutefois que le bénéficiaire soit admissible en vertu d'autres volets d'admissibilité au PMO, comme le PMT, le programme Ontario au travail, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, les programmes de soins à domicile ou de soins de longue durée, les foyers de soins spéciaux ou les foyers communautaires.
 - Si l'enfant ou le jeune EST couvert par un régime privé et qu'il N'EST inscrit à AUCUN autre volet d'admissibilité au PMO, la pharmacie devra envoyer la facture au régime privé du patient. Le montant restant non couvert par le régime privé sera payé par le patient. Si c'est votre cas, ne présentez pas de demande de règlement au PMO.

- Si l'enfant ou le jeune EST couvert par un régime privé et qu'il EST inscrit à un autre volet d'admissibilité au PMO, présentez la demande de règlement au PMO sans y inscrire le CSS « U ». Le SRS passera outre au volet d'admissibilité de l'Assurance-santé Plus et la demande de règlement sera traitée au titre de l'autre volet d'admissibilité au PMO, en y appliquant la franchise et la quote-part prévues (le cas échéant).

PMT et vérification relative à une assurance privée

- Si la pharmacie présente une demande de règlement pour un enfant ou un jeune et que cette demande porte le CSS « U », qui atteste que le bénéficiaire n'est pas couvert par un régime privé, mais que, selon les dossiers du SRS, cette personne fait partie d'un ménage couvert par un régime privé qui est admissible au PMT, le SRS considérera que le patient est couvert par un régime privé et il passera outre au volet d'admissibilité au titre de l'Assurance-santé Plus. Si l'enfant ou le jeune n'est plus couvert par un régime privé, le bénéficiaire doit en informer le PMT afin que le dossier de l'enfant ou du jeune soit mis à jour dans le SRS.
 - Exemple 1 : le bénéficiaire, qui est âgé de 20 ans, reçoit des prestations du programme Ontario au travail et il fait partie d'un ménage admissible au PMT. Selon le dossier du PMT, le bénéficiaire est couvert par un régime privé. Le pharmacien présente la demande de règlement au SRS en y inscrivant le CSS. Le CSS sera ignoré, puisque le dossier du SRS indique que le bénéficiaire est couvert par un régime privé, ce qui le rend non admissible au titre de l'Assurance-santé Plus. Le SRS statuera sur la demande de règlement au titre de l'admissibilité en vertu du programme Ontario au Travail, sans exiger que le bénéficiaire paie pour son médicament.
 - Exemple 2 : le bénéficiaire, âgé de deux ans, est inscrit au PMT. Selon le dossier du PMT, le bénéficiaire est couvert par un régime privé. Le pharmacien présente la demande de règlement au SRS en y inscrivant le CSS. Le CSS sera ignoré, puisque le dossier du SRS indique que le bénéficiaire est couvert par un régime privé, ce qui le rend non admissible au titre de l'Assurance-santé Plus. Le SRS statuera sur la demande de règlement au titre du PMT, en appliquant la franchise et la quote-part prévues.
- Dans le cas des enfants et des jeunes de 24 ans et moins inscrits au PMT et non couverts par un régime privé, les demandes de règlement ne portant pas le CSS « U » (qui signifie que le patient est couvert par un régime privé) seront rejetées et porteront le nouveau code de réponse « ZR » (Soumettre le reçu au PMT ou Attestation d'absence d'assurance privée) En pareil cas, le pharmacien devrait conseiller au patient de remettre au PMT les reçus et les documents relatifs à son régime privé aux fins de traitement.

Services professionnels des pharmaciens

- Il faudra ajouter le CSS « U » sur les demandes de règlement pour services professionnels admissibles au PMO (programme d'abandon du tabac, Programme de conseils pharmaceutiques, gestion des médicaments des personnes qui reçoivent des soins de longue durée) présentées pour des bénéficiaires admissibles à l'Assurance-santé Plus.

- Le traitement des demandes de règlement pour services professionnels non admissibles au PMO (p. ex. le programme MedsCheck, les vaccins contre la grippe, les traitements à la naloxone) ne changera pas. Ces services sont offerts à tous les Ontariens. Les pharmacies peuvent présenter une demande de règlement, qu'elle porte ou non le CSS « U ».

Établir l'admissibilité temporaire de nouveau-nés à l'Assurance-santé Plus

- La *Politique visant à établir l'admissibilité aux paiements* s'applique à l'Assurance-santé Plus dans le cas des bébés auxquels une sage-femme ou un membre du personnel hospitalier a attribué un numéro de carte Santé.
 - Le numéro de carte Santé du nouveau-né se trouve sur la partie à détacher du formulaire *Inscription des nouveau-nés à l'Assurance-santé de l'Ontario* que la sage-femme ou l'hôpital remet au parent qui a la garde de l'enfant ou au tuteur de l'enfant.
 - Si le SRS rejette une demande pour un nouveau-né en donnant le code de réponse « C8 » (aucun dossier sur ce bénéficiaire), la pharmacie peut établir l'admissibilité du nouveau-né à l'Assurance-santé Plus s'il N'EST PAS couvert par un régime privé.
 - Pour ce faire, la pharmacie doit saisir le code de plan « J » dans le champ de l'ID de l'assureur, ajouter le CSS « U » et indiquer le code d'intervention « ML ».
 - Le nouveau-né deviendra ainsi admissible pendant une journée.
 - Son admissibilité peut aussi être établie pour des dates ultérieures, au besoin.
 - Les règles existantes relatives aux documents à l'appui et à la vérification effectuée après le paiement continuent de s'appliquer.
 - Remarque : Le parent qui a la garde de l'enfant ou le tuteur de celui-ci devrait recevoir la carte Santé plastifiée du bébé dans les six semaines suivant sa naissance si rien ne retarde le traitement du formulaire d'inscription des nouveau-nés à l'Assurance-santé (c.-à-d. si le ou les prénoms de l'enfant ont été fournis, s'il est admissible et s'il n'y a pas de retard dans le processus de production des cartes).

18. Quel sera le montant de la quote-part à payer dans le cas des enfants et des jeunes de 24 ans et moins qui sont couverts par un régime privé (et qui par conséquent ne sont pas admissibles à l'Assurance-santé Plus) mais qui sont aussi inscrits à un ou plusieurs programmes donnant accès au PMO (comme le PMT, le programme Ontario au travail, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, les programmes de soins à domicile et de soins de longue durée ou ceux de la Société des services de logement)?

- Les bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus (c.-à-d. les jeunes de 24 ans et moins qui sont couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario mais qui n'ont pas de régime privé) n'ont aucune franchise ou quote-part à payer pour les médicaments d'ordonnance admissibles au titre du PMO.

- Les bénéficiaires de 24 ans et moins qui sont admissibles à l'un ou l'autre des volets d'admissibilité suivants au PMO, qu'ils soient ou non couverts par un régime privé, n'ont aucune franchise ou quote-part à payer :
 - Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
 - Ontario au travail
 - Soins de longue durée
 - Soins à domicile
 - Programme des foyers de soins spéciaux (ou) Programme des foyers communautaires
- Les bénéficiaires de 24 ans et moins qui sont couverts par un régime privé et qui ne sont inscrits qu'au PMT doivent payer la franchise du ménage admissible au PMT et une quote-part d'un montant maximal de 2 \$.

19. Qu'arrivera-t-il si une demande de règlement portant le CSS « U » visant un bénéficiaire de l'Assurance-santé Plus est présentée avant le 1^{er} avril 2019?

Elle sera rejetée et le code 57 - CSS erroné, qui signifie que le CSS « U » a été utilisé de façon erronée, lui sera attribué.

20. Qu'arrivera-t-il si des demandes de règlement portant le CSS « U » sont présentées au nom de bénéficiaires du PMO qui ne sont ni des enfants ni des jeunes de 24 ans et moins, au nom de personnes âgées par exemple, après le 1^{er} avril 2019?

Elles seront rejetées et le code 57 - CSS erroné, qui signifie que le CSS « U » a été utilisé de façon erronée, leur sera attribué.

21. Est-il obligatoire de présenter des demandes de règlement portant le CSS « U » dans les cas d'enfants et de jeunes de 24 ans et moins à compter du 1^{er} avril 2019? Dans quels cas faut-il ajouter le CSS « U » à une demande?

À compter du 1^{er} avril 2019, vous pourrez présenter une demande de règlement portant le CSS « U » pour des médicaments d'ordonnance admissibles au titre du PMO destinés à des enfants ou à des jeunes qui ne sont pas couverts par un régime privé, selon leur déclaration ou celle de leurs parents ou de leur tuteur. Si l'enfant ou le jeune est couvert par un régime privé, selon sa déclaration ou celle de ses parents ou de son tuteur, vous devrez présenter la demande de règlement au régime privé.

Si l'enfant, le jeune, ses parents ou son tuteur ne savent pas si l'enfant ou le jeune est couvert par un régime privé, la demande de règlement NE doit PAS être présentée au PMO. La personne peut payer pour les médicaments et présenter le reçu à son régime privé ou au PMO, après avoir vérifié si elle est couverte ou non par un régime privé.

22. Pourquoi est-ce que la demande de règlement pour un enfant ou un jeune est rejetée avec le code de réponse « PM »?

La demande de règlement est rejetée avec le code de réponse « PM » (Attestation d'absence d'assurance privée manquante) si le CSS « U » est manquant. Il faut soumettre à nouveau la demande en indiquant le CSS « U » uniquement si un enfant ou un jeune, ou un parent ou un tuteur, déclare que l'enfant ou le jeune n'est PAS couvert par un régime privé. Autrement, il faudra facturer le régime privé.

23. Existe-t-il un code qui permette d'annuler le code de réponse « PM »?

Non, le code de réponse « PM » ne peut pas être annulé. Assurez-vous que le bénéficiaire n'est pas couvert par un régime privé, puis soumettez de nouveau la demande de règlement en indiquant le CSS « U ». Autrement, il faudra facturer le régime privé.

Si l'enfant, le jeune, ses parents ou son tuteur ne savent pas si l'enfant ou le jeune est couvert par un régime privé, la demande de règlement NE doit PAS être présentée au PMO. La personne peut payer pour les médicaments et présenter le reçu à son régime privé ou au PMO, après avoir vérifié si elle est couverte ou non par un régime privé.

24. Pourquoi est-ce que la demande de règlement pour des services professionnels admissibles au PMO d'un enfant ou d'un jeune est rejetée avec le code de réponse « PM »?

La demande de règlement est rejetée accompagnée du code de réponse « PM » parce que le CSS « U » n'a pas été indiqué sur la demande. La demande pour les services d'un professionnel admissible au PMO doit être présentée avec le CSS « U » seulement lorsqu'un enfant ou un jeune de moins de 24 ans couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario ou ses parents ou son tuteur confirment que l'enfant ou le jeune ne bénéficie pas d'un régime privé.

25. Est-ce que je dois soumettre la demande de règlement en indiquant le CSS « U » pour les demandes de services professionnels qui ne sont pas admissibles au PMO (p. ex. ceux du programme MedsCheck) pour les enfants et les jeunes de 24 ans et moins?

Tous les Ontariens admissibles ont accès aux services professionnels qui ne sont pas admissibles au PMO (p. ex. ceux du programme MedsCheck). La demande peut être soumise en indiquant ou non le CSS « U » et sera acceptée sans qu'il soit nécessaire de payer une quote-part.

26. Pourquoi est-ce que la demande de règlement pour un enfant ou un jeune est rejetée avec le code de réponse « ZR »?

Une demande de règlement rejetée avec le code de réponse « ZR » (Soumettre le reçu au PTD ou Attestation d'absence d'assurance privée) indique que le bénéficiaire est protégé par le PMT. Demandez au bénéficiaire de préciser quelle est sa situation en regard d'un régime privé. S'il n'a pas

de régime privé, veuillez soumettre à nouveau la demande en indiquant le CSS « U ». Si le bénéficiaire est effectivement couvert par un régime privé, soumettez la demande au régime et avisez le bénéficiaire qu'il lui faut soumettre les renseignements relatifs au régime privé et les reçus pour les débours pour les médicaments au PMT.

27. Existe-t-il un code qui permet d'annuler le code de réponse « ZR »?

Non, le code de réponse « ZR » ne peut pas être annulé. Demandez au bénéficiaire de préciser quelle est sa situation en regard d'un régime privé. S'il n'a pas de régime privé, veuillez soumettre à nouveau la demande en indiquant le CSS « U ». Si le bénéficiaire est effectivement couvert par un régime privé, soumettez la demande au régime et avisez le bénéficiaire qu'il lui faut soumettre les renseignements relatifs au régime privé et les reçus pour les débours pour les médicaments au PMT.

28. L'enfant ou le jeune est couvert par un régime privé ET bénéficie aussi d'une protection d'un autre volet du PMO (p. ex., programme OT et POSPH/soins à domicile/SLD/SSL/PMT). De quelle manière faut-il soumettre la demande de règlement? Faut-il indiquer ou non le CSS « U »?

Vous ne devez pas soumettre une demande de règlement en indiquant le CSS « U », puisque l'enfant ou le jeune âgé de 24 ans ou moins est couvert par un régime privé. Le SRS statuera sur la demande de règlement selon l'admissibilité du bénéficiaire en vertu des autres volets d'admissibilité au PMO.

29. Faut-il inclure le CSS « U » lors de la soumission d'une demande de règlement ou d'annulation en format papier pour les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui ne sont pas couverts par un régime privé?

Oui. À partir du 1^{er} avril 2019, il faudra indiquer le CSS « U » lorsque vous présenterez des demandes de règlement OU des demandes d'annulation en format papier pour les enfants ou les jeunes de 24 ans ou moins.

*Veuillez noter qu'une demande de règlement en format papier ne doit pas être présentée avec le CSS « U » à moins que la pharmacie n'ait vérifié auprès du patient, des parents ou du tuteur que l'enfant ou le jeune n'est PAS couvert par un régime privé. Les demandes de règlement en format papier qui sont présentées SANS le CSS « U » pour les patients de 24 ans ou moins ne seront pas traitées en vertu du volet d'admissibilité de l'Assurance-santé Plus.

30. En tant que pharmacien, je m'inquiète du fait que ma pharmacie risque de faire l'objet d'une vérification pour un recouvrement si un patient déclare qu'il ne bénéficie pas d'une couverture d'un régime privé pour des médicaments et que sa demande de règlement est présentée avec le CSS « U », mais qu'en fait, il bénéficie d'une telle couverture. Que dois-je faire?

Le pharmacien doit demander à l'enfant ou au jeune ou aux parents ou au tuteur de ce dernier s'il est couvert par un régime privé chaque fois qu'une ordonnance est préparée. Ce qui est conforme aux pratiques actuelles de pharmacie, ainsi qu'à ce qui était déjà en place pour les enfants et les

jeunes avant la mise en œuvre de l'Assurance-santé Plus, puisque les pharmaciens doivent déterminer si une personne bénéficie ou non d'un régime privé ou s'il s'agit d'un payeur en espèces.

Le Ministère s'attend à ce que la pharmacie confirme que l'enfant ou le jeune n'est pas couvert par un régime privé avant de soumettre la demande de règlement au PMO en indiquant le CSS « U » (voir l'annexe pour d'autres détails). Ce processus doit être suivi en vue de déterminer l'exactitude et l'exhaustivité d'une demande d'indemnisation, et à des fins de gestion de dossiers pour déterminer si les demandes de règlement présentées sont conformes à la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* et ses règlements.

Le Ministère continuera de faire le suivi de la mise en œuvre des modifications apportées à l'Assurance-santé Plus.

31. Qu'advient-il si je présente accidentellement une demande de règlement à l'Assurance-santé Plus qui indique CSS « U » et que cette dernière est acceptée, mais que le patient est couvert par un régime privé?

Une demande de règlement soumise au SRS par erreur doit être annulée dès que possible. Les patients de 24 ans et moins qui sont couverts par un régime privé ne sont pas admissibles à l'Assurance-santé Plus. Il ne faut pas utiliser le CSS « U ».

32. Est-ce que les enfants et les jeunes seront toujours admissibles à recevoir sans frais les auto-injecteurs d'épinéphrine et les chambres de retenue valvée (CRV)?

Les auto-injecteurs d'épinéphrine sont offerts sans frais à l'ensemble des bénéficiaires du PMO admissibles, y compris les bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus (c.-à-d. ceux de 24 ans et moins qui ne sont pas couverts par un régime privé), qui détiennent une ordonnance valide d'un médecin. Il n'y a pas de quantité limite.

Les bénéficiaires admissibles au PMO âgés de 12 ans et moins qui détiennent une ordonnance valide peuvent aussi recevoir une chambre de retenue valvée (avec ou sans masque ou embout buccal) par période de 365 jours.

Ces produits sont toujours financés dans le cadre du PMO pour les bénéficiaires admissibles à ce programme. Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins qui sont couverts par un régime privé ne sont plus admissibles au PMO par l'entremise de l'Assurance-santé Plus (bien qu'ils puissent toujours être admissibles au PMO par l'entremise d'un autre volet d'admissibilité, comme l'aide sociale).

33. Est-ce que des changements ont été apportés à d'autres politiques existantes du Ministère?

Aucun changement n'a été apporté aux politiques existantes du PMO ni aux règles du SRS quant aux décisions relatives aux demandes de règlement en ce qui concerne :

- l'approvisionnement pour un maximum de 100 jours
- le programme d'ordonnance de 30 jours
- le remboursement des honoraires du pharmacien deux fois par période de 28 jours
- le remboursement des honoraires du pharmacien cinq fois par période de 365 jours

Annexe – Questions à poser à la pharmacie

1. Quel est l'âge du client?
 - S'il est âgé de 24 ans ou moins, passer à la question 2.
 - S'il est âgé de 25 ans ou plus et qu'il n'est pas admissible à l'Assurance-santé Plus, procéder selon le processus de dispensation normal de la pharmacie.
2. Le client est-il couvert par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario?
 - Dans l'affirmative, passer à la question 3.
 - Dans la négative, le client ne pourra être admissible au PMO que par l'entremise de l'aide sociale. Passer à la question 4.
3. Est-ce que le client est bénéficiaire d'un régime privé?

Remarque : Régime privé s'entend d'un régime, programme ou compte collectif, individuel ou de l'employeur, quelle que soit son appellation, qui fournit une couverture pour des produits médicamenteux, y compris le versement des fonds nécessaires pour les payer, peu importe ce qui suit :

- le régime privé couvre le médicament particulier pour lequel la couverture est demandée;
 - l'enfant ou le jeune ou une autre personne admissible au régime privé doit verser une quote-part, une franchise ou une prime;
 - l'enfant ou le jeune a atteint le montant maximal annuel en vertu du régime privé et ne dispose d'aucune autre couverture.
- Dans l'affirmative, le client n'est pas admissible à l'Assurance-santé Plus. Passer à la question 4 afin de déterminer si le bénéficiaire est admissible par l'entremise d'un autre volet d'admissibilité du PMO.
 - Dans la négative, le client est admissible à l'Assurance-santé Plus. Présenter la demande de règlement au PMO avec le CSS « U » qui atteste que le bénéficiaire n'est pas couvert par un régime privé.
 - Si le client ne sait pas s'il est couvert par un régime privé, la demande ne devrait pas être soumise au PMO. La personne peut payer pour les médicaments et présenter le reçu à son régime privé ou au PMO, après avoir vérifié si elle est couverte ou non par un régime privé.
4. Est-ce que le client reçoit des prestations par l'entremise de l'aide sociale (programme OT ou POSPH) ou d'un autre volet admissible du PMO (programmes de soins de longue durée ou de soins à domicile, foyers de soins spéciaux ou foyers communautaires, ou Programme de médicaments Trillium)?
 - Dans l'affirmative, présenter la demande de règlement conformément aux règles du volet admissible.
 - Dans la négative, procéder selon le processus normal de dispensation de la pharmacie.

Si le client n'est pas admissible en vertu d'un autre volet d'admissibilité du PMO, il devra être dirigé vers le site Web du Ministère, où il trouvera des renseignements supplémentaires sur la façon de devenir admissible en vertu du PMO.

Résumé

Patient de 24 ans ou moins qui EST couvert par un régime privé (c.-à-d. qui n'est PAS admissible à l'Assurance-santé Plus)

Bénéficiaire d'aucune autre protection en vertu du PMO (p. ex., programme OT et POSPH, programme de soins à domicile)*	Bénéficiaire d'une protection en vertu d'un autre volet d'admissibilité du PMO (p. ex., programme OT et POSPH, programme de soins à domicile)
<ul style="list-style-type: none">• Présenter la demande de règlement au régime privé.• Il ne faut pas indiquer le CSS « U ».• Le patient est responsable de payer les coûts de la franchise ou de la quote-part.• Ce processus est le même que celui qui était en vigueur avant le lancement de l'Assurance-santé Plus le 1^{er} janvier 2018.	<ul style="list-style-type: none">• Présenter la demande de règlement au PMO.• Il ne faut pas indiquer le CSS « U ».• Le patient n'a pas à payer une franchise ou une quote-part pour les médicaments admissibles à la couverture du PMO (à moins que le patient soit inscrit au PMT – voir la remarque ci-dessous)• Ce processus est le même que celui qui était en vigueur avant le lancement de l'Assurance-santé Plus le 1^{er} janvier 2018.

*Si le patient est aussi inscrit au PMT, veuillez soumettre les reçus à ce programme à moins que le patient ait atteint le plafond de la franchise du programme). Le patient sera responsable des franchises et des quotes-parts applicables (maximum de 2 \$ par ordonnance).

Patient de 24 ans ou moins et qui est couvert par le PMO et qui N'EST PAS couvert par le PMO (c.-à-d. qu'il est admissible à l'Assurance-santé Plus)

- Présenter la demande de règlement au PMO en indiquant le CSS « U ».
- Le patient n'a pas à payer une franchise ou une quote-part pour les médicaments admissibles à la couverture du PMO.
- La demande de règlement sera rejetée avec le nouveau code de réponse « PM » (Attestation d'absence d'assurance privée manquante) si le CSS « U » n'est pas indiqué.
- La demande sera rejetée avec le nouveau code de réponse « ZR » (Soumettre le reçu au PTD or Attestation d'absence d'assurance privée) si le bénéficiaire est couvert par le PMT mais que le CSS « U » n'est pas indiqué. Le patient doit confirmer s'il est couvert par un régime privé ou non, et dans l'affirmative, la demande de règlement ne doit PAS être présentée au PMO en indiquant le CSS « U ».