

Glossaire

Définitions des termes courants liés à l'accès aux médicaments

Appel	Document soumis au régime d'assurance médicaments ou au promoteur du régime après le refus d'une demande de règlement, refus qui repose sur le fait que le patient ne répond pas aux critères du médicament ou aux lignes directrices cliniques. Les appels peuvent se faire par écrit ou par téléphone par le médecin prescripteur. Ils devraient d'abord être soumis au régime d'assurance médicaments du patient sauf indication contraire. Les appels ne devraient pas être faits lorsque le médicament en question n'est tout simplement pas couvert par le régime du patient (c'est-à-dire que l'ajout du médicament à la liste est en processus d'évaluation ou que le médicament s'avère non assuré).
Cession des prestations	Entente entre la compagnie d'assurance, le patient et le pharmacien de ce dernier pour que le remboursement d'une réclamation soit remis à la pharmacie plutôt qu'au patient. La pharmacie doit accepter une telle entente et attendre le paiement. Généralement, la facture est soumise directement à l'assureur par la pharmacie. Cette option ne s'applique qu'aux régimes d'assurance médicaments à remboursement qui offrent la possibilité de demander une cession des prestations. Elle est utilisée dans les cas de coûts ingérables pour le patient.
Garanties	Produits et services d'un régime d'assurance qui peuvent être remboursés. Certaines garanties sont conditionnelles au respect de certains critères cliniques par le patient ou à d'autres exigences.
Année d'indemnisation	Période de 12 mois durant laquelle un régime d'assurance médicaments est en vigueur. Elle peut correspondre à l'année civile ou commencer à une date précise. Les dates varient selon les régimes. Les primes annuelles, les franchises et les maximums couverts sont calculés en fonction de cette période.

Médicament d'origine	Produit médicamenteux autorisé sous licence et breveté par une société pharmaceutique. Habituellement, le médicament d'origine (ou de marque) est la version originale du médicament.
Approvisionnement temporaire	Terme utilisé pour décrire l'attribution à titre gracieux d'un médicament aux patients admissibles pour une durée précise et prédéterminée. L'approvisionnement est habituellement approuvé et coordonné par l'entremise d'un programme de soutien aux patients et le médicament est fourni par son fabricant. Le recours à l'approvisionnement temporaire survient souvent lorsque le médicament vient tout juste d'être homologué (c'est-à-dire qu'il est en cours d'évaluation par les régimes et les centres hospitaliers qui songent à l'ajouter à leur liste de médicaments) ou lorsque le patient attend l'approbation de sa demande d'autorisation spéciale par son régime.
Demande de règlement	Demande officielle formulée à un régime d'assurance médicaments par laquelle l'assuré réclame le versement de prestations. Dans le cas des régimes à remboursement, la demande se fait en remplissant un formulaire et en y joignant les reçus pertinents alors que dans les cas de régimes à paiement direct, tout se fait automatiquement en ligne par l'entremise de la pharmacie.
Coassurance	Disposition d'un régime d'assurance selon laquelle le patient assume une part du coût d'un médicament, habituellement en en payant un pourcentage (20 % par exemple). La coassurance peut être la même pour tous les médicaments ou varier en fonction du type de médicament (régime à « paliers ») ou de l'utilisation du régime (« barème mobile »).
Approvisionnement pour des raisons humanitaires	Attribution exceptionnelle et non renouvelable d'un médicament à titre gracieux. Cette décision, basée sur des motifs humanitaires, est prise par le fabricant du médicament qui le fait souvent en raison de circonstances inhabituelles (le patient a changé de province de résidence et il attend sa nouvelle carte d'assurance-maladie ou le patient a dû essuyer un refus de remboursement de la part de son régime et il n'a pas les moyens de payer, par exemple). Les demandes d'approvisionnement pour des raisons humanitaires ne peuvent être faites que lorsque le médicament sera utilisé conformément à l'étiquette.

Coordination des prestations	<p>Ordre dans lequel deux régimes ou plus versent les prestations au participant et aux membres de sa famille le cas échéant. Les lignes directrices déterminant l'ordre de traitement des demandes de prestation sont basées sur le statut du patient au sein du régime :</p> <p>Participant à deux régimes : le régime auquel il cotise depuis plus longtemps est le premier payeur</p> <p>Participant et personne à charge : le régime auquel le patient cotise est le premier payeur</p> <p>Enfants : L'anniversaire des parents ou les droits de garde servent à déterminer le premier payeur</p> <p>Étudiant : le régime de l'étudiant est le premier payeur</p>
Quote-part	<p>Disposition d'un régime d'assurance selon laquelle le patient paie un montant fixe lors de chaque achat de médicament (5 \$ par exemple).</p>
Couverture	<p>Dans le domaine de l'accès aux médicaments, le terme « couverture » renvoie à l'approbation et au versement de prestations dans le cadre du régime d'assurance d'une personne (c'est-à-dire qu'un médicament est « couvert » par le régime).</p>
Franchise	<p>Franchise Montant que doit payer un participant à un régime avant d'obtenir un remboursement de la part de son assureur. Les franchises peuvent être annuelles, trimestrielles ou mensuelles. Il peut s'agir d'un montant fixe (régimes d'assurance) ou d'un montant variant en fonction du revenu (régimes publics provinciaux).</p>
Remboursement différé	<p>Méthode de remboursement utilisée par certains assureurs au Québec qui offrent un régime à remboursement. Le patient doit payer le coût total du médicament, mais il ne soumet à l'assureur ni demande de règlement ni reçu pour obtenir un remboursement. Le pharmacien transmet la réclamation directement à l'assureur. Il peut parfois confirmer au patient que sa demande de règlement sera approuvée. Le remboursement est envoyé directement au patient après l'approbation de la demande.</p>
DIN	<p>Numéro d'identification du médicament. Il s'agit d'un numéro unique attribué par Santé Canada à tous les médicaments (sous une forme posologique) dès l'approbation de leur commercialisation au Canada. Il est possible de trouver le DIN d'un médicament en consultant la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada. Il est essentiel de connaître le DIN d'un médicament lors d'une demande de renseignements sur la couverture d'un médicament par un régime d'assurance.</p>

PAE	Programme d'accès exceptionnel. Terme utilisé uniquement par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Ce programme permet aux médecins prescripteurs de faire une demande d'accès à des médicaments qui ne sont pas couverts par le PMO ou le Programme de médicaments Trillium. Pour appartenir à la liste du PAE et ainsi être couverts, les médicaments doivent répondre à des critères cliniques précis. Ce programme est semblable au processus d'autorisation spéciale. Depuis juillet 2018, les prescripteurs peuvent soumettre leur demande en ligne.
Exception	Demande formulée par écrit à un régime d'assurance médicaments pour demander le remboursement d'un médicament pour un patient en raison de circonstances particulières. Habituellement, cette demande concerne des médicaments qui nécessitent une « autorisation spéciale », c'est-à-dire des médicaments pour lesquels le patient ne répond pas, de justesse, aux critères d'approbation. Une exception peut aussi être faite dans les cas où il est contre-indiqué pour le patient de prendre le médicament habituellement prescrit. La demande est formulée par écrit au régime d'assurance.
Médicaments d'exception	Expression utilisée par certains régimes d'assurance médicaments provinciaux au lieu du terme « médicaments en autorisation préalable ».
Exclusions	Produits ou montants non couverts par un régime. Les produits exclus peuvent inclure les vitamines, les produits de désaccoutumance au tabac, etc. Les montants exclus peuvent être les frais d'exécution d'ordonnance, les frais de consultation d'un pharmacien, etc.
Liste des médicaments	Liste de médicaments couverts par un régime d'assurance. Les médicaments qu'elle comprend peuvent nécessiter une approbation préalable selon des critères précis. La plupart des listes des médicaments remboursés par les régimes publics se trouvent sur le site Web du régime en question. Les listes des assureurs ne sont habituellement pas publiées, mais certains régimes permettent à leurs participants d'obtenir cette information à l'aide de leurs numéros de police.
Générique	Version d'un médicament qui est fabriquée une fois le brevet du médicament d'origine expiré. De nombreuses sociétés pharmaceutiques recourent alors à la « recette » et à la technologie employées pour fabriquer la version originale du médicament. Les médicaments génériques peuvent différer dans leur présentation (un emballage différent par exemple) ou dans leur choix d'excipient. Ils sont généralement considérés comme moins coûteux.

Intégration avec les programmes provinciaux

Disposition d'un régime d'assurance qui exige que le patient s'enquière d'abord de son admissibilité à un programme provincial avant d'obtenir le remboursement d'un médicament couvert. Cette situation survient lorsqu'une province offre un programme spécial pour certaines catégories de médicaments ou de patients (ceux ayant subi une transplantation par exemple). Si le patient n'est pas admissible au programme, le médecin prescripteur doit en aviser le régime par téléphone ou par écrit.

Gestionnaire de cas pour les prestations-maladie

Personne chargée du dossier d'un patient pour évaluer les médicaments dont il a besoin ou pour le soutenir dans les différents aspects des soins chroniques. Il peut s'agir d'un employé de l'assureur ou d'une personne embauchée par un fournisseur externe. L'objectif est de veiller à ce que le médicament ou le traitement prescrit soit raisonnable et économique. Souvent, le gestionnaire de cas reçoit le dossier lors du dépôt d'une demande d'autorisation spéciale. Il peut à ce moment joindre le prescripteur pour lui poser des questions ou recommander un autre traitement conformément aux protocoles thérapeutiques. Le gestionnaire de cas peut aussi contacter régulièrement le patient pour s'assurer qu'il suit adéquatement son traitement et pour recommander la fin de la couverture si le médicament n'est pas pris selon les directives.

Compte de gestion santé

Compte dans lequel le participant à un régime collectif reçoit un certain nombre de crédits. Le participant peut utiliser les crédits pour payer les dépenses liées à des soins de santé ou à des soins dentaires qui ne sont autrement pas couvertes par son régime.

Usage restreint

Limite imposée par un régime d'assurance qui restreint l'utilisation d'un médicament à certaines populations, à certaines quantités ou à certaines conditions. Dans le cadre de certains régimes, il existe des « codes » d'usage restreint qui peuvent être utilisés pour certains médicaments fréquemment prescrits. Les pharmaciens connaissent habituellement ces codes qui sont également disponibles en ligne pour les régimes publics.

Substitution obligatoire

Exigence d'un régime d'assurance de substituer au médicament de marque un médicament moins coûteux dont la valeur clinique est équivalente. Le remboursement n'est effectué qu'en fonction du coût de l'équivalent le moins cher. Le patient doit donc payer la différence s'il prend un autre médicament.

Maximum	Limite (plafond) d'utilisation du régime prédéterminée. Elle ne s'applique habituellement qu'aux régimes d'assurance. Il peut s'agir du montant maximum qu'un patient ou un participant à un régime doit payer (par exemple, vous êtes responsable d'une quote-part des médicaments pouvant aller jusqu'à 500 \$, après quoi vous êtes couverte à 100 %) ou du montant maximum qu'un régime est prêt à payer (par exemple, un participant à un régime dispose d'une couverture allant jusqu'à 5000 \$ par année ou jusqu'à un montant viager de 100 000 \$). Un tel plafond peut s'appliquer à une garantie précise (les médicaments par exemple) ou à toutes les garanties comprises dans le régime. Ce ne sont pas tous les régimes qui imposent un maximum et le montant de ces plafonds peuvent grandement varier. Ils sont généralement basés sur le nombre de participants au régime ou le type de régime choisi par une personne.
Avis de conformité (AC)	Document émis par Santé Canada lorsque la mise en marché d'un médicament est approuvée et que ce dernier a obtenu un DIN. Le document expose les caractéristiques cliniques, la posologie, les contre-indications et les éléments à considérer avant de le prescrire.
Avis de conformité avec conditions (AC-C)	Semblable à l'AC, il comporte des conditions liées à l'utilisation et l'obligation pour le fabricant d'entreprendre des études supplémentaires pour vérifier les bienfaits cliniques du médicament.
Aide aux patients	Expression qui désigne les services financiers ou le remboursement d'un médicament offerts par une société pharmaceutique par l'entremise d'un programme, d'une carte ou d'une entente. L'aide aux patients sert à aider les patients à éponger les coûts résiduels après le remboursement de leur régime, le partage des coûts ou la substitution générique obligatoire dans les cas où le patient achète le médicament de marque.
Programme de soutien aux patients	Expression qui désigne toute une gamme de services offerts par une société pharmaceutique par l'entremise d'un programme. Ces services peuvent comprendre le remboursement du médicament, de l'aide financière, des soins infirmiers, des services pharmaceutiques, etc.

Régime à tiers payant (ou à paiement direct)	Type de régime d'assurance qui offre à ses participants une carte ou un numéro qui permet au pharmacien de facturer en ligne le médicament prescrit. Habituellement, le pharmacien reçoit en temps réel la réponse de l'assureur et le montant qui doit être déboursé par le patient. Aussi, le pharmacien ne peut facturer à l'assureur que les frais précisés par le régime. Il peut demander un montant additionnel au patient. Cela dépend de la pharmacie, du régime et de la province de résidence.
Prime	Somme versée à un régime pour souscrire une assurance et maintenir la couverture. Le paiement d'une prime est habituellement exigé par les régimes, mais le montant à payer peut être partagé entre le participant et l'employeur dans le cadre d'un régime collectif. Certains régimes publics exigent une prime. Les primes sont généralement exigibles au début de l'année d'indemnisation, mais elles peuvent également être fractionnées.
Autorisation préalable	Voir « Autorisation spéciale ».
Régime de remboursement	Type de régime pour lequel le patient doit payer la totalité du coût du médicament à la pharmacie pour ensuite soumettre sa demande de règlement et les reçus à l'assureur. Le patient assume la différence de prix qui existe entre le montant exigé par la pharmacie et ce que le régime rembourse.
Autorisation spéciale	Mécanisme pour vérifier les demandes de règlement avant d'engager des frais. Pour que la couverture du médicament soit approuvée, le patient doit répondre à certains critères cliniques comme avoir préalablement subi un traitement avec un autre médicament moins onéreux, souffrir d'une maladie précise, obtenir des résultats précis à certains tests (des marqueurs génétiques, une fonction pulmonaire particulière, etc.), constater une progression des symptômes ou confirmer que le médicament sera utilisé selon une indication précise. Habituellement, les critères cliniques correspondent aux recommandations de l'ACMTS, du PPEA et de l'INESS ou à la monographie du produit, mais ils peuvent être modifiés par le régime. La demande d'autorisation spéciale doit être approuvée pour obtenir une couverture.