

Systeme national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

Information sur les régimes :
résumé des changements

31 juillet 2020



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication ne peut être reproduit en tout ou en partie sans l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-957-8 (PDF)

© 2020 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 31 juillet 2020*. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System — Plan Information: Summary of Changes, July 31, 2020*.

ISBN 978-1-77109-956-1 (PDF)

Table des matières

Introduction	4
Résumé des changements	4
Colombie-Britannique	4
Alberta	10
Saskatchewan	14
Manitoba	21
Ontario	23
Québec	27
Nouveau-Brunswick	28
Nouvelle-Écosse	32
Île-du-Prince-Édouard	39
Terre-Neuve-et-Labrador	43
Yukon	48
Services aux Autochtones Canada	49
Politiques pancanadiennes	51
Sites Web des régimes publics d'assurance médicaments	53

Introduction

Le présent document se veut un résumé des changements apportés, de juin 2005 à décembre 2020, à l'information sur les régimes publics d'assurance médicaments des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui soumettent des données au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La version du document d'information du SNIUMP sur les régimes dans laquelle les changements ont été apportés est documentée en tant que « version du rapport ».

Le document actuel d'information sur les régimes est la version de juillet 2020, accessible sur la [page Web du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits](#) ou dans la [Boutique en ligne de l'ICIS](#).

Résumé des changements

Colombie-Britannique

1^{er} février 2001 : Le régime des soins palliatifs (régime P) n'exige plus l'inscription des patients au volet soins palliatifs des services à domicile et soins communautaires. (Version du rapport : janvier 2006)

1^{er} janvier 2008 : PharmaCare ne rembourse plus les coûts des médicaments d'ordonnance ni des fournitures médicales payés avant la date d'inscription d'une famille au programme Fair PharmaCare. Ces coûts sont pris en compte dans la franchise et le maximum familial annuel accordés par le programme Fair PharmaCare, mais les frais excédant la franchise ne sont pas remboursés. (Version du rapport : janvier 2008)

1^{er} mai 2008 : Le programme PharmaCare couvre l'approvisionnement de médicaments pour les voyages à l'extérieur de la province jusqu'à concurrence de l'approvisionnement habituel permis par PharmaCare. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} janvier 2009 : La politique intérimaire de tarification des nouveaux médicaments génériques à fournisseurs multiples stipule que lorsqu'il existe plus d'un fournisseur pour un nouveau médicament générique, le coût des ingrédients payé par le régime PharmaCare est ajusté à l'aide d'un facteur de réduction du coût. Le facteur de réduction du coût est propre à chaque médicament générique et il correspond à la différence entre

- le prix courant que demande le fabricant du nouveau médicament générique et
- 50 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent en fonction du prix moyen des 12 derniers mois.

La politique intérimaire relative aux services d'adaptation des ordonnances des pharmaciens stipule que les pharmaciens ont droit au paiement concernant les services suivants d'adaptation des ordonnances :

- le renouvellement d'une ordonnance;
- la modification de la dose, de la formulation ou du schéma posologique d'une ordonnance afin d'améliorer les résultats pour le patient;
- le remplacement d'un médicament par un autre médicament de la même classe thérapeutique.

Pour renouveler une ordonnance ou modifier la dose, la formulation ou le schéma posologique d'une ordonnance, les pharmaciens reçoivent des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 8,60 \$. Les pharmaciens qui remplacent un médicament thérapeutique reçoivent jusqu'au double des frais maximums d'exécution d'ordonnance de PharmaCare de 8,60 \$ (à savoir 17,20 \$).

Ces politiques intérimaires font partie d'un accord intérimaire entre la province de la Colombie-Britannique et la BC Pharmacy Association, qui a pris fin le 31 décembre 2009. Toutefois, les parties ont convenu de conclure un accord à plus long terme prévoyant la reconduction de ces politiques ou de politiques semblables. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} février 2009 : La politique sur la fréquence de l'exécution des ordonnances limite le nombre d'exécutions d'ordonnance que le régime d'assurance médicaments PharmaCare prend en charge pour des médicaments délivrés au cours d'une période d'approvisionnement de moins de 28 jours :

- Le régime PharmaCare prend en charge les frais d'exécution des médicaments délivrés tous les jours jusqu'à concurrence de 3 fois par jour.
- Le régime PharmaCare prend en charge les frais d'exécution des médicaments jusqu'à concurrence de 5 fois au cours d'une période d'approvisionnement de 2 à 27 jours.

(Version du rapport : juillet 2009)

15 octobre 2009 : Des changements réglementaires élargissent la portée de la pratique des pharmaciens de la Colombie-Britannique, qui inclut maintenant l'administration de vaccins. Les pharmaciens autorisés reçoivent 10 \$ pour chaque vaccin administré dans le cadre d'un programme de vaccination publique. (Version du rapport : juillet 2010)

1^{er} janvier 2010 : Une entente de transition est en vigueur pendant la période nécessaire à l'élaboration d'une entente à long terme visant le maintien des avantages précisés dans la politique intérimaire. (Version du rapport : juillet 2010)

1^{er} janvier 2010 : PharmaCare verse à toutes les pharmacies participantes un montant fixe pour des services cliniques associés à l'adaptation des ordonnances par un pharmacien pour les patients, si le patient est résident de la Colombie-Britannique. Les frais des services cliniques sont payés, peu importe si le médicament ou le patient est couvert ou non par le régime PharmaCare.

Les frais sont couverts seulement pour les adaptations d'ordonnances, comme le précise la Professional Practice Policy 58 (PPP-58) du College of Pharmacists of BC, pour

- le renouvellement d'une ordonnance;
- la modification de la dose, de la formulation ou du schéma posologique d'une ordonnance;
- le remplacement d'un médicament par un autre de même classe thérapeutique.

28 juillet 2010 : Le 7 juillet 2010, une nouvelle entente est conclue entre le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, la BC Pharmacy Association et l'Association canadienne des chaînes de pharmacies.

- Le remboursement maximum passe de 8,60 \$ à 9,10 \$.
- Du 28 juillet au 14 octobre 2010, le facteur de réduction du coût pour les nouveaux médicaments génériques à fournisseurs multiples correspond à la différence entre
 - le prix courant du fabricant et
 - 42 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent.

15 octobre 2010 :

- PharmaCare rembourse jusqu'à 9,60 \$ pour les frais d'exécution d'ordonnance.
- Les honoraires fixés par tête passent à 43,75 \$ pour les services de pharmacie dans les établissements de soins en hébergement.
- Le montant maximal remboursable en vertu du programme PharmaCare pour les médicaments de marque et les médicaments génériques couverts par PharmaCare correspond au prix courant du fabricant, plus 8 %.
- Une politique liée au paiement en totalité (pas de quote-part) est instaurée. Si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare, une pharmacie n'est pas autorisée à recueillir un montant, directement de ce patient, qui excède le prix maximal des médicaments et le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance établis par PharmaCare. Cette politique s'applique aux patients couverts en vertu des régimes B, C, D, F, G et P, ainsi qu'à ceux qui ont atteint le maximum familial de Fair PharmaCare. (Version du rapport : janvier 2011)
- Du 15 octobre 2010 au 3 juillet 2011, le prix courant maximal accepté (PCMA) pour les médicaments génériques existants qui sont assujettis à la politique de la solution à faible coût correspond à 50 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent au 1^{er} janvier 2010. Le PCMA pour les nouveaux médicaments génériques assujettis à la politique de la solution à faible coût correspond à 42 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent au 1^{er} janvier 2010. (Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} novembre 2010 : Le programme d'incitation au travail en milieu rural (Rural Incentive Program) est ameliore en vue de mieux appuyer les pharmacies communautaires dans les regions rurales de la Colombie-Britannique. Le volume de demandes admissibles passe de 750 à 1 700. Les subventions aux pharmacies rurales augmentent egalement.
(Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} avril 2011 : Le programme B.C. Medication Review Services mis sur pied comprend 3 types d'examens :

1. Examen des medicaments — standard (MR-S)
2. Examen des medicaments — consultation des pharmaciens (MR-PC)
3. Examen des medicaments — suivi (MR-F)

Le regime PharmaCare rembourse certains medicaments onereux admissibles jusqu'à un prix maximal fixe d'après le prix du fabricant plus une marge de 5 %.

Le montant maximal rembourse par le regime PharmaCare pour les renouvellements d'ordonnances et les changements passe de 8,60 \$ à 10 \$. Les frais pour la substitution therapeutique demeurent inchanges à 17,20 \$. (Version du rapport : juillet 2011)

4 juillet 2011 :

- Les frais d'ordonnance couverts par le regime PharmaCare passent de 9,60 \$ à 10 \$.
- Du 4 juillet 2011 à avril 2012, le PCMA pour les medicaments generiques existants assujettis à la politique de la solution à faible coût correspond à 40 % du prix que demande le fabricant du medicament de marque equivalent au 1^{er} janvier 2010.

(Version du rapport : juillet 2011)

30 septembre 2011 : Le B.C. Smoking Cessation Program offre gratuitement aux Britanno-Colombiens des produits de therapie de remplacement de la nicotine (TRN) comme la gomme et les timbres à la nicotine, ainsi que des medicaments prescrits pour l'abandon du tabac; il s'agit d'avantages couverts par PharmaCare. Le programme couvre 2 types d'outils d'abandon du tabac, soit

1. les 2 medicaments d'abandon du tabac : le bupropion (nom de marque ZybanMD) et la varénicline (nom de marque ChampixMD);
2. de la gomme et des timbres à la nicotine vendus sans ordonnance (en vente libre).
 - Les residents de la Colombie-Britannique peuvent obtenir jusqu'à 12 semaines de suite (84 jours continus) de couverture pour l'un ou l'autre des produits de TRN ou un medicament sur ordonnance par année civile (1^{er} janvier au 31 décembre).

(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2012 : La Pharmacy Services Agreement (PSA) est arrivée à échéance. Jusqu'à nouvel ordre, les politiques de PharmaCare actuelles **ne changent pas** en raison de la fin de l'entente. (Version du rapport : juillet 2012)

2 avril 2012 : Le PCMA que les fabricants peuvent exiger pour des produits de remplacement génériques à faible coût est réduit à 35 % du prix du produit de marque équivalent. (Version du rapport : juillet 2012)

31 mai 2012 : La *Pharmaceutical Services Act* fait l'objet d'une sanction royale. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2013 : Une nouvelle réglementation sur le prix des médicaments est en vigueur. Elle réduit le prix des médicaments génériques à 25 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} octobre 2013 : Santé Canada transfère à la nouvelle Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique la responsabilité de concevoir, gérer et appliquer les programmes de santé destinés aux Premières Nations de la province. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} janvier 2014 : Les fabricants peuvent soumettre des augmentations de prix pour les médicaments de marque et les médicaments génériques à fournisseur exclusif seulement une fois par an. Les baisses de prix continuent d'être acceptées tout au long de l'année. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Le prix des médicaments génériques sous forme orale solide est réduit à 20 % du prix courant du médicament de marque. Pour les autres formes, le prix des médicaments génériques est fixé à 35 % du prix courant du médicament de marque. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Le remboursement des pompes à insuline s'applique également aux patients de 25 ans et moins (auparavant limité aux patients de 18 ans et moins). (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} janvier 2015 : Les quantités annuelles maximales de bandelettes réactives pour glycémie dépendent de la catégorie du traitement pour le diabète du bénéficiaire. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} janvier 2016 : Les produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) en vente libre admissibles dans le cadre du programme d'abandon du tabagisme de la Colombie-Britannique comprennent désormais certaines pastilles et certains inhalateurs. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} décembre 2016 : Le Reference Drug Program comprend 3 nouvelles catégories de médicaments, soit les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, les inhibiteurs de la pompe à protons et les statines. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} mars 2017 : La marge maximale pour certains medicaments onereux contre l'hepatite C couverts par PharmaCare passe de 5 % a 2 %. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} avril 2017 : La Colombie-Britannique n'a plus de periode annuelle de confirmation du prix des medicaments generiques. La periode annuelle precedente (du 1^{er} avril au 31 mars) est remplacee par une periode indeterminee de confirmation des prix, sauf pour les listes de PCMA concurrentiels pour les medicaments generiques. Les listes de nouveaux medicaments generiques et les baisses de prix sont acceptees tout au long de l'annee. Les hausses de prix, par contre, sont acceptees une fois par annee; elles sont annoncees le 1^{er} mars et entrent en vigueur le 1^{er} avril. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} octobre 2017 : Les clients de la RSPN auparavant couverts par le Programme des services de sante non assures (SSNA) de Sante Canada sont admissibles au regime W de PharmaCare, qui couvre 100 % du cout des medicaments admissibles. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

15 janvier 2018 : PharmaCare couvre 100 % du cout du medicament abortif Mifegymiso (comprimés de mifepristone et de misoprostol) pour toutes les residentes de la Colombie-Britannique. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

3 juillet 2018 : Le remboursement du cout des pompes a insuline — qui se limitait auparavant aux 25 ans et moins — s'applique maintenant a toutes les personnes atteintes du diabete, peu importe l'age. (Version du rapport : juillet 2019)

1^{er} janvier 2019 : Les familles dont le revenu annuel net se situe entre 15 000 \$ et 30 000 \$ ne sont plus tenues de payer une franchise. En consequence, les familles dont le revenu annuel net est d'au plus 30 000 \$ ne doivent pas payer une franchise. Les quotes-parts sont eliminees pour les familles dont le revenu net est d'au plus 13 750 \$. La contribution maximale aux quotes-parts est reduite pour les familles qui beneficent du programme d'aide de base dont le revenu net est d'au plus 45 000 \$. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2019 : Le PCMA des medicaments de marque sous forme orale solide augmente de 20 % a 25 %. (Version du rapport : juillet 2019)

27 mai 2019 : Le programme Biosimilar Initiative, qui vise a elargir l'utilisation des biosimilaires, est mis en oeuvre. L'objectif est de remplacer, a l'horizon du 25 novembre 2019, l'utilisation de certains medicaments biologiques par leur version biosimilaire. (Version du rapport : juillet 2020)

27 aoüt 2019 : L'Assurance Plan (regime Z) est introduit pour couvrir 100 % du cout du medicament abortif Mifegymiso pour toutes les residentes beneficent du Medical Services Plan (MSP). (Version du rapport : juillet 2020)

5 septembre 2019 : La phase 2 du programme Biosimilar Initiative est mise en oeuvre. (Version du rapport : juillet 2020)

Alberta

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Les groupes de revenu pour les cotisations subventionnées du régime non collectif sont établis comme suit :

- Célibataires : moins de 17 450 \$
- Familles sans enfant : moins de 26 200 \$
- Familles avec enfants : moins de 32 210 \$

(Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} avril 2009 : Le Rare Disease Drug Program couvre les coûts astronomiques des médicaments des Albertains qui souffrent de maladies génétiques très rares.

(Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} juillet 2009 : Les cotisations au régime non collectif et les groupes de revenu pour les cotisations subventionnées de ce régime sont établis comme suit :

- Célibataires : cotisation mensuelle de 41 \$ ou de 28,70 \$ après subvention (si le revenu est inférieur à 20 970 \$).
- Familles sans enfant : cotisation familiale mensuelle de 82 \$ ou de 57,40 \$ après subvention (si le revenu familial est inférieur à 33 240 \$).
- Familles avec enfants : cotisation familiale mensuelle de 82 \$ ou de 57,40 \$ après subvention (si le revenu familial est inférieur à 39 250 \$).

Ces changements sont rétroactifs à 2006. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} juillet 2010 : Les primes mensuelles du régime non collectif sont augmentées afin qu'elles correspondent à celles des régimes privés et des régimes offerts par les employeurs. Elles sont établies comme suit :

- Célibataires : cotisation mensuelle de 63,50 \$ ou de 44,45 \$ après subvention (si le revenu est inférieur à 20 970 \$).
- Familles sans enfant : cotisation familiale mensuelle de 118 \$ ou de 82,60 \$ après subvention (si le revenu familial est inférieur à 33 240 \$).
- Familles avec enfants : cotisation familiale mensuelle de 118 \$ ou de 82,60 \$ après subvention (si le revenu familial est inférieur à 39 250 \$).

(Version du rapport : juillet 2010)

Le prix des médicaments génériques **existants** est réduit à 56 % du prix du médicament de marque en date d'avril 2010. Le prix des **nouveaux** médicaments génériques est réduit à 45 % du prix du médicament de marque en date d'avril 2010. (Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} juillet 2012 : Le prix fixe des médicaments génériques nouveaux et existants est réduit à 35 % du prix du médicament de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} juillet 2012 : Le ministère de la Santé de l'Alberta couvre les frais des services pharmaceutiques en vertu de 2 régimes d'assurance maladie, soit le Comprehensive Annual Care Plan et le Standard Medication Management Assessment. (Version du rapport : juillet 2013)

15 avril 2013 : Les frais de transition de 1 \$ sont de nouveau en vigueur. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} mai 2013 : 2 nouveaux services — Trial Prescription et Refusal to Fill (pharmaco-thérapie à l'essai et refus de remplir une ordonnance) — sont ajoutés aux services de pharmacie clinique. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} mai 2013 : Le prix de tous les médicaments génériques est réduit à 18 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} juin 2013 : L'Insulin Pump Therapy Program (IPT) vise à financer le coût des pompes à insuline et des fournitures de base connexes pour les résidents de l'Alberta atteints de diabète sucré de type 1 qui répondent aux critères d'admissibilité. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Le barème d'honoraires à 3 niveaux est remplacé par de nouveaux frais d'exécution d'ordonnance de 12,30 \$ pour tous les produits, sauf les produits composés et les fournitures pour diabétiques. Le coût d'achat réel (CAR) est remplacé par le prix courant du fabricant (PCF) ou le prix de base, et les exceptions touchant les médicaments injectables, les contraceptifs oraux et l'insuline sont éliminées. 2 nouveaux suppléments admissibles sont ajoutés :

- Le supplément admissible 1 correspond à 3 % du PCF.
- Le supplément admissible 2 correspond à un pourcentage du PCF et du supplément admissible 1 combinés, jusqu'à concurrence de 100 \$. Ce pourcentage change au fil du temps, en commençant par 5,5 % le 1^{er} avril 2014 et en augmentant chaque année de 0,5 % pour atteindre 7 % le 1^{er} avril 2017.

Les programmes d'assurance médicaments des Services sociaux sont consolidés au sein du ministère de la Santé. Ils comprennent les prestations pharmaceutiques pour les personnes inscrites au programme de soutien au revenu, les prestations santé pour adultes, les prestations santé pour enfants, le revenu assuré pour les personnes souffrant de déficience sévère, les services d'intervention auprès des enfants et le soutien aux familles avec enfants souffrant de déficience.

Le ministère de la Santé de l'Alberta étend les services pharmaceutiques couverts par le régime Compensation Plan for Pharmacy Services (consultez la page Web [Ministerial Order #23/2014 — Pharmacy Compensation](#)). (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} octobre 2015 : Le projet pilote RAPID (Retina Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Program for Intraocular Disease), d'une durée de 3 ans, est lancé en partenariat avec la Retinal Society of Alberta. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2016 : Le supplément admissible pour tous les produits pharmaceutiques, y compris les ordonnances de produits composés achetées, passe de 6 % à 6,5 % (jusqu'à concurrence de 100 \$). (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2017 : Le supplément admissible pour tous les produits pharmaceutiques, y compris les ordonnances de produits composés achetées, passe de 6,5 % à 7 % (jusqu'à concurrence de 100 \$). (Version du rapport : [juillet 2017](#))

24 juillet 2017 : Santé Alberta lance le programme Women's Choice, qui couvre 100 % du coût du Mifegymiso dans les pharmacies autorisées de l'Alberta afin d'offrir aux femmes le libre choix en matière de santé sexuelle. L'Alberta est la deuxième province à offrir cette couverture. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} août 2017 : L'Eylea est ajouté à la liste de médicaments couverts par le programme RAPID. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

17 mai 2018 : Un nouveau cadre de financement des produits pharmaceutiques est adopté. Parmi les changements : diminution des frais d'exécution d'ordonnance, limites imposées au remboursement des exécutions quotidiennes ou fréquentes, élimination des frais variables pour le Comprehensive Annual Care Plan et le Standard Medication Management Assessment, plafonnement du nombre d'évaluations de suivi, instauration d'une nouvelle évaluation pour assurer la continuité des soins advenant une urgence, et réduction des frais d'administration de vaccins financés par l'État. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} octobre 2018 : L'Alberta lance le programme de prophylaxie pré-exposition (PrEP) anti-VIH, qui fournit des versions génériques de l'association de fumarate de ténofovir disoproxil/emtricitabine (TDF/FTC) pour les médicaments anti-VIH à tout résident de l'Alberta qui présente un risque élevé et constant de contracter une infection par le VIH. La couverture prévoit jusqu'à 100 jours d'approvisionnement lorsque ces médicaments sont prescrits par un prescripteur désigné. (Version du rapport : juillet 2019)

15 janvier 2019 : L'Insulin Pump Therapy Program couvre maintenant les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 3C, le volet d'adhésion aux « fournitures de pompes à insuline seulement » est annulé et les critères cliniques et d'admissibilité du programme sont mis à jour pour normaliser le processus d'évaluation des participants. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2019 : La politique de retenue (Holdback Policy) est mise en œuvre. Il s'agit d'un nouveau concept visant à partager le risque associé au respect par Santé Alberta de son budget prévu pour le remboursement des produits pharmaceutiques, c'est-à-dire le paiement des frais d'exécution d'ordonnance, des suppléments et des services pharmaceutiques et de santé publique en 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2019)

12 novembre 2019 : La politique sur le coût maximal admissible inclut maintenant 3 catégories de médicaments supplémentaires (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, inhibiteurs calciques et statines). Les personnes qui utilisent un produit visé par cette politique dont le prix est plus élevé que celui indiqué dans la politique ont jusqu'au 11 décembre 2019 pour se faire prescrire un autre produit visé par la politique dont le prix est égal ou inférieur au coût maximal admissible. (Version du rapport : juillet 2020)

12 décembre 2019 : Le programme Biosimilar Initiative, qui vise à élargir l'utilisation des biosimilaires, est mis en œuvre. Les adultes qui utilisent les médicaments biologiques visés doivent les remplacer par leur version biosimilaire à l'horizon du 1^{er} juillet 2020. À cause de la pandémie de COVID-19, la date limite a été repoussée au 15 janvier 2021 pour que les régimes d'assurance médicaments du gouvernement continuent de couvrir la molécule. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} mars 2020 : Les membres de la famille de moins de 65 ans, y compris le conjoint ou la conjointe et les personnes à charge, ne sont plus admissibles au programme de protection destiné aux aînés (Coverage for Seniors). Les Albertains de 65 ans et plus continuent d'y être admissibles. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} mars 2020 : Les quotes-parts pour les ordonnances admissibles au titre du programme visant les soins palliatifs ne sont plus requises. (Version du rapport : juillet 2020)

20 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de réduire la demande sur la chaîne d'approvisionnement et de prévenir la constitution de réserves. La structure de quotes-parts prévues aux régimes pour aînés et non collectif est ajustée temporairement à 30 % jusqu'à un maximum de 8 \$ par ordonnance. À l'origine, ces régimes prévoyaient une quote-part de 30 % jusqu'à un maximum de 25 \$ par ordonnance pour un approvisionnement d'au plus 100 jours. Cette mesure a pris fin le 15 juin 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2020 : La politique de retenue est éliminée et remplacée par une politique d'ajustement autorisé. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2020 : Un programme de protection (Opioid Agonist Therapy Gap Coverage Program) est implanté pour améliorer l'accès au traitement par agonistes opioïdes. Il permet aux Albertains qui n'ont pas adhéré à un régime de services de santé complémentaires d'accéder à un régime gratuit pour obtenir un approvisionnement de 120 jours en buprénorphine/naloxone ou méthadone. (Version du rapport : juillet 2020)

Saskatchewan

1^{er} décembre 2005 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 7,97 \$ à 8,21 \$. (Version du rapport : septembre 2006)

1^{er} octobre 2006 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 8,21 \$ à 8,46 \$.

1^{er} juillet 2007 :

- Aux termes du nouveau Senior's Drug Plan pour les résidents de 65 ans et plus, les personnes âgées assument un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans la liste de médicaments de la Saskatchewan. (Version du rapport : juillet 2007)
- Le programme Workers' Health Benefits conçu pour favoriser l'accès des travailleurs à faible revenu aux services de santé est mis en œuvre. (Version du rapport : janvier 2008)
- Le Children's Insulin Pump Program de la Saskatchewan est mis en œuvre. (Version du rapport : janvier 2008)

1^{er} octobre 2007 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 8,46 \$ à 8,63 \$. (Version du rapport : juillet 2008)

19 mars 2008 : Le Workers' Health Benefits Program de la Saskatchewan est abandonné. Les adultes qui travaillent, qui n'ont pas d'enfants, qui sont actuellement inscrits au programme et qui reçoivent des prestations sont couverts jusqu'au mois de juin 2010 s'ils continuent de répondre aux critères initiaux. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} juillet 2008 :

- L'évaluation de l'état des revenus est ajoutée au Seniors' Drug Plan. Les résidents de la Saskatchewan âgés de 65 ans et plus dont le revenu déclaré (ligne 236) est inférieur à la limite pour le crédit d'impôt fédéral en raison de l'âge (64 044 \$ pour 2006 ou 65 450 \$ pour 2007) sont admissibles. Les personnes âgées admissibles paient un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans la liste de médicaments de la Saskatchewan ou approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du prix admissible maximal s'appliquent).
- Les enfants de 14 ans et moins de la Saskatchewan sont admissibles au Children's Drug Plan. Les familles assument un maximum de 15 \$ pour les médicaments figurant dans la liste de médicaments de la Saskatchewan et pour ceux approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du prix admissible maximal s'appliquent).

(Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} août 2009 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 8,63 \$ à 9,15 \$. (Version du rapport : juillet 2010)

15 janvier 2010 : Dans le cadre du Medication Assessment and Compliance Packaging Program, la Drug Plan and Extended Benefits Branch (DPEBB) paie aux pharmacies une fois les frais d'évaluation des médicaments (jusqu'à concurrence de 60 \$) par personne et par année. Elle paie aussi une fois les frais d'emballage aux fins d'observance (jusqu'à concurrence de 6,25 \$) pour un approvisionnement de 7 jours ainsi délivré. Ces 2 types de frais sont versés pour des services dispensés à des clients admissibles qui vivent dans la collectivité et qui, selon l'évaluation des services à domicile, ont besoin de services de gestion des médicaments. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} août 2010 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 9,15 \$ à 9,43 \$. (Version du rapport : janvier 2011)

1^{er} octobre 2010 : Le Medication Assessment and Compliance Packaging Program vise aussi des clients admissibles qui vivent dans la collectivité et qui, selon l'évaluation des programmes de santé mentale en consultation externe offerts par la région sanitaire, ont besoin de services de gestion de médicaments. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

4 mars 2011 :

La DPEBB paie aux pharmacies communautaires les montants suivants en frais d'évaluation du patient :

- 6 \$ — poursuite des ordonnances existantes
 - Lorsque le patient a besoin d'un approvisionnement intérimaire, car il manquera de médicaments avant son prochain rendez-vous avec un praticien.
 - Maximum de 4 demandes de remboursement par période de 28 jours par patient.

OU

- 6 \$ — poursuite des ordonnances existantes
 - Lorsque le patient n'est pas en mesure d'avoir accès à ses médicaments en raison de la distance ou pour d'autres motifs.
 - Maximum de 4 demandes de remboursement par période de 28 jours par patient.

OU

- 6 \$ — amélioration de la convenance du médicament
 - Le pharmacien peut modifier la forme posologique, si cela présente des avantages pour le patient.
 - Maximum de 4 demandes de remboursement par période de 28 jours par patient.
- 6 \$ — information insuffisante
 - Le pharmacien peut modifier de l'information manquante afin d'exécuter l'ordonnance.
 - Maximum d'une demande de remboursement par période de 28 jours par patient.
- 10 \$ — poursuite des ordonnances existantes
 - Lorsque le patient se retrouve dans une situation d'urgence et a besoin d'un approvisionnement jusqu'à ce qu'il puisse consulter un praticien.
 - Maximum d'une demande de remboursement par période de 28 jours par patient.
- 25 \$ — bilan comparatif des médicaments
 - Le pharmacien peut prescrire un médicament à un patient qui a récemment obtenu un congé si le patient n'a pas obtenu d'ordonnance renouvelable pendant son séjour dans un hôpital ou dans un foyer autorisé de soins spéciaux ou de soins personnels. Le pharmacien peut prescrire un médicament si le patient a été admis à l'hôpital ou dans un foyer autorisé de soins spéciaux ou de soins personnels et si le pharmacien considère que le patient devrait prendre le médicament.
 - Maximum d'une demande de remboursement par période de 28 jours par patient.

(Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} avril 2011 :

Les changements suivants sont apportés à la tarification des médicaments génériques ainsi qu'au remboursement des pharmacies :

Phase 1 — 1^{er} avril 2011

- Le premier groupe de produits d'offre à commandes vient à échéance.
- Les produits dans ces anciennes catégories d'offre à commandes passent progressivement à 35 % du prix du médicament de marque.
- La première saisie de demandes de remboursement pour des médicaments génériques reçues après le 1^{er} avril 2011 correspond à 40 % du prix du médicament de marque.

Phase 2 — 1^{er} mai 2011

- Le prix d'un groupe restreint (liste prioritaire) de médicaments génériques existants est fixé à 45 % du prix du médicament de marque.
- Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe à 9,85 \$.

Phase 3 — 1^{er} juin 2011

- Le prix des autres médicaments génériques correspond à 45 % du prix du médicament de marque.
- Des changements à la majoration du prix de gros et au plafond sont apportés.

Phase 4 — 1^{er} octobre 2011

- Le deuxième groupe d'offre à commandes vient à échéance.
- À mesure que les stocks de produits d'offre à commandes sont réduits, l'exigence en matière de prix passe immédiatement à 35 % du prix du médicament de marque.

Phase 5 — 1^{er} avril 2012

- Le prix de tous les médicaments génériques existants correspond à 35 % du prix du médicament de marque.
- La première saisie de demandes de remboursement pour des médicaments génériques reçues après le 1^{er} avril 2012 correspond à 35 % du prix du médicament de marque.
- Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe à 10,25 \$.

(Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} mai 2011 : Le montant maximal pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 9,43 \$ à 9,85 \$. (Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} juin 2011 :

Les majorations des prix de gros suivantes sont en vigueur :

- insuline — 5 %
- produits d'offre à commandes — 6 %
- médicaments génériques — 6 %
- la plupart des autres médicaments — 8,5 %

(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} février 2012 : La DPEBB paie aux pharmacies communautaires jusqu'à 18 \$ en frais d'évaluation du patient lorsque le pharmacien, après avoir évalué le patient, prescrit un médicament d'ordonnance admissible selon les lignes directrices de medSask pour une affection bénigne admissible (feu sauvage, acné bénigne et piqûre d'insecte).

(Version du rapport : [juillet 2016](#))

21 mars 2012 : La quote-part maximale pour le Seniors' Drug Plan et le Children's Drug Plan passe de 15 \$ à 20 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2012 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux passent de 9,85 \$ à 10,25 \$.
(Version du rapport : juillet 2012)

23 mai 2012 : Aux affections bénignes admissibles s'ajoutent la rhinite allergique, la dermatite de couches, les ulcères aphteux (bouche) et le muguet buccal. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} mai 2013 : Le montant maximal des frais d'exécution d'ordonnance passe de 10,25 \$ à 10,75 \$. (Version du rapport : juillet 2013)

8 juillet 2013 : Dans le cadre du Medication Assessment Program de la Saskatchewan (SMAP), la DPEBB paie aux pharmacies une fois les frais d'évaluation des médicaments de 60 \$ par personne et par an, et jusqu'à 2 fois les frais d'évaluation de suivi du patient de 20 \$ (jusqu'à concurrence de 40 \$) par personne et par an. Ces paiements visent les personnes âgées (de 65 ans et plus) admissibles qui vivent dans la collectivité, dans leur propre résidence, et qui satisfont aux autres critères du programme. De plus, la DPEBB paie aux pharmacies une fois les frais d'emballage aux fins d'observance (jusqu'à concurrence de 6,25 \$) pour un approvisionnement de 7 jours délivré à une personne âgée admissible si, selon l'évaluation annuelle des médicaments ou une évaluation de suivi du patient, une telle aide à la prise de médicaments présentait des avantages pour la personne. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} octobre 2013 : La DPEBB rémunère les pharmaciens qui offrent du soutien et des services pour l'abandon du tabagisme ainsi que des séances de suivi aux termes du programme Partnership to Assist With Cessation of Tobacco (PACT). Le programme verse 2 \$ par minute aux pharmacies, jusqu'à concurrence de 300 \$ par patient et par an (365 jours) (ou 1 \$ par minute pour des séances de groupe de niveau Argent ou Or jusqu'à concurrence de 150 \$ par patient et par an). Le nombre de demandes de règlement et le montant total remboursé pour chaque niveau de service en vertu du PACT n'ont pas changé. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2014 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux passent de 10,75 \$ à 11,25 \$.
(Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Les frais supplémentaires d'intégration des normes CeRX (normes pancanadiennes de messagerie électronique pour les médicaments) sont portés à 0,20 \$ pour les pharmacies intégrées, et ce, jusqu'au 31 mars 2015. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Les personnes âgées admissibles à une évaluation annuelle des médicaments et à des évaluations de suivi du patient dans le cadre du SMAP incluent désormais des personnes vivant dans des foyers de soins personnels, dans des foyers de services privés autorisés et dans des foyers de groupe. L'élargissement du programme ne couvre toutefois pas les services d'emballage aux fins d'observance pour ce groupe de personnes.
(Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} mai 2014 : Aux affections benignes admissibles s'ajoutent la dermatite atopique, la dysménorrhée, le reflux gastro-œsophagien, les maux de tête, les hémorroïdes, les entorses et les foulures du système musculosquelettique, les infections bactériennes superficielles de la peau et les infections cutanées de type « teigne » (eczéma marginé, épidermophytie inguinale, pied d'athlète). (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} août 2014 : La majoration des prix de gros permise pour les médicaments génériques passe de 6 % à 6,5 %. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} juillet 2015 : L'admissibilité au Seniors' Drug Plan est établie selon le seuil de revenu pour le crédit d'impôt provincial en raison de l'âge, plutôt que pour le crédit d'impôt fédéral. Pour être admissible, la personne âgée doit avoir un revenu de 65 515 \$ ou moins (ligne 236 de la déclaration de revenus 2013). (Version du rapport : juillet 2016)

1^{er} septembre 2015 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux passent de 11,25 \$ à 11,40 \$. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} septembre 2015 : Les frais supplémentaires d'intégration des normes CeRX continuent d'être versés jusqu'au 31 août 2016, à raison de 0,10 \$ par ordonnance transmise et acceptée par le Pharmaceutical Information Program au moyen des normes de messagerie CeRx. Les anciens frais de 0,20 \$ par ordonnance sont réduits à 0,10 \$. Les 0,10 \$ restants sont réaffectés en permanence aux frais d'exécution d'ordonnance. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} septembre 2015 : La liste des clients admissibles au programme Medication Assessment and Compliance Packaging comprend désormais les clients qui ont besoin de services de gestion de médicaments et qui vivent dans un foyer de groupe autorisé par la Community Living Services Delivery (CLSD) ou dans un foyer de services privés autorisé par la CLSD. C'est le pharmacien qui doit orienter ces clients vers le programme. Les critères relatifs aux services à domicile et à la santé mentale de même que le processus d'orientation n'ont pas changé. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} septembre 2015 : Les services d'emballage aux fins d'observance dispensés dans le cadre du SMAP sont désormais offerts aux clients vivant dans un foyer de groupe autorisé par la CLSD, un foyer de services privés autorisé par la CLSD ou un foyer de soins personnels autorisé de 11 lits ou moins. Les autres critères relatifs à l'examen annuel des médicaments et aux évaluations de suivi des patients du SMAP n'ont pas changé. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

15 octobre 2015 : Les quantités approuvées de bandelettes réactives pour glycémie ont changé. Cette mesure peut avoir une incidence sur la couverture des bandelettes réactives ou les débours, selon la franchise ou la quote-part, des bénéficiaires admissibles au programme de Santé Saskatchewan. Les nouvelles quantités approuvées cadrent avec les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

19 octobre 2015 : La DPEBB paie des frais de vaccination antigrippale de 13 \$ aux pharmacies, à compter de la date officielle d'entrée en vigueur du programme annuel de gestion de la grippe saisonnière du ministère de la Santé de la Saskatchewan, lorsqu'un vaccin contre la grippe financé par l'État est administré selon les critères du programme de vaccination antigrippale. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} janvier 2016 : Pour être admissible au Seniors' Drug Plan pour l'année civile 2016, une personne âgée doit avoir eu un revenu net de 66 100 \$ ou moins en 2014. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} juin 2016 : La quote-part par ordonnance pour le Seniors' Drug Plan et le Children's Drug Plan passe de 20 \$ à 25 \$. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} janvier 2017 : Les frais supplémentaires d'intégration des normes CeRx, établis à 0,10 \$ par ordonnance pour les pharmacies intégrées, sont éliminés. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} septembre 2017 : La politique de traitement sous observation directe comprend des médicaments additionnels figurant sur la liste des médicaments de la Saskatchewan pour le traitement de l'hépatite C. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

5 septembre 2017 : Le Mifegymiso (comprimés de mifépristone et de misoprostol) est ajouté à la liste des médicaments de la Saskatchewan. Le coût d'une prescription est assujéti à la franchise ou quote-part habituelle du bénéficiaire. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} juillet 2018 : Le Saskatchewan Rental Housing Supplement (SRHS) — qui constituait auparavant l'une des 3 méthodes utilisées pour déterminer l'admissibilité au régime d'assurance médicaments Family Health Benefits — n'accepte plus de nouvelles demandes. Les clients actuels du SRHS continueront à recevoir des prestations tant qu'ils resteront admissibles, mais les demandes reçues à compter du 1^{er} juillet 2018 ne sont pas acceptées. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} novembre 2018 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,40 \$ à 11,60 \$. (Version du rapport : juillet 2019)

18 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter en nombre et en quantité les médicaments d'ordonnance délivrés afin de prévenir la constitution de réserves. La mesure inclut notamment une limite d'un mois d'approvisionnement (jusqu'à un maximum de 35 jours d'approvisionnement) par période de 28 jours pour tous les médicaments qui ne figurent pas à la liste de médicaments d'entretien. Cette mesure a pris fin le 20 mai 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

Manitoba

1^{er} avril 2006 : Les taux de franchise du Régime d'assurance médicaments, qui variaient auparavant de 2,44 % à 5,25 %, se situent de 2,56 % à 5,51 %. (Version du rapport : septembre 2006)

2 février 2007 : Le Régime d'assurance médicaments comprend un programme de paiement de franchise par mensualités. Il s'agit d'un programme de financement qui permet aux bénéficiaires admissibles du Régime devant déboursier des coûts élevés en médicaments d'ordonnance (par rapport au revenu mensuel moyen) d'effectuer le paiement de leur franchise annuelle en versements mensuels. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} avril 2008 : Les taux de franchise du Régime d'assurance médicaments, qui étaient auparavant de 2,56 % à 5,51 %, se situent de 2,69 % à 5,79 %. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} avril 2009 : La structure des taux de franchise du Régime d'assurance médicaments du Manitoba a changé et inclut un plus grand nombre de tranches de revenus de sorte que l'augmentation des franchises soit plus graduelle. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} janvier 2011 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,71 % et 6,12 % en 2010-2011, se situe entre 2,73 % et 6,17 % en 2011-2012. (Version du rapport : juillet 2011)

12 avril 2012 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,73 % et 6,17 % en 2011-2012, se situe entre 2,81 % et 6,36 % en 2012-2013. (Version du rapport : juillet 2012)

12 avril 2012 : Le programme de pompes à insuline pour enfants entre en vigueur. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

19 avril 2012 : Le ministère de la Santé du Manitoba annonce la mise sur pied du Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile, destiné aux Manitobains qui ont reçu un diagnostic de cancer. Il leur permet de recevoir gratuitement, en consultation externe, des médicaments administrés par voie orale ainsi que d'autres médicaments pour le traitement du cancer. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2013 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,81 % et 6,36 % en 2012-2013, se situe entre 2,85 % et 6,46 % en 2013-2014. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2014 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,85 % et 6,46 % en 2013-2014, se situe entre 2,91 % et 6,60 % en 2014-2015. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2015 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,91 % et 6,60 % en 2014-2015, se situe entre 2,97 % et 6,73 % en 2015-2016. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2016 : Le taux de franchise, qui se situait entre 2,97 % et 6,73 % en 2015-2016, se situe entre 3,01 % et 6,81 % en 2016-2017. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2017 : Le taux de franchise, qui se situait entre 3,01 % et 6,81 % en 2016-2017, se situe entre 3,05 % et 6,90 % en 2017-2018. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

15 juin 2017 : Des changements sont apportés au Régime d'assurance médicaments et au Programme d'aide à l'emploi et au revenu afin de mieux harmoniser la couverture des bandelettes réactives pour glycémie aux recommandations de fréquence des tests de Diabète Canada. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

18 août 2017 : Le Manitoba plafonne les frais d'exécution d'ordonnance. Les pharmacies peuvent facturer aux régimes provinciaux d'assurance médicaments des honoraires de 30 \$ maximum par ordonnance, ou de 60 \$ maximum si le médicament en question est un produit composé stérile, quel que soit le coût de base ou le conditionnement du médicament. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} octobre 2017 : La couverture de nombreux médicaments inscrits à la Partie III de la liste des médicaments assurés par les régimes d'assurance médicaments du Manitoba et par le Programme d'aide à l'emploi et au revenu n'a plus à être approuvée par le Centre des exceptions pour médicaments. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2018 : Le taux de franchise, qui se situait entre 3,05 % et 6,90 % en 2017-2018, se situe entre 3,09 % et 6,98 % en 2018-2019. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2019 : Le taux de franchise, qui se situait entre 3,09 % et 6,98 % en 2018-2019, se situe entre 3,17 % et 7,15 % en 2019-2020. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

31 mai 2019 : Les frais de distribution (majoration faite par les distributeurs grossistes au prix courant publié) de tous les produits génériques augmentent de 0 % à 5 %. (Version du rapport : juillet 2020)

19 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à un mois l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 11 mai 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

Ontario

27 septembre 2005 : Les médecins n'ont plus besoin de remplir le formulaire sur les médicaments à usage restreint. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} octobre 2006 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passe de 6,54 \$ à 7 \$. (Version du rapport : juillet 2007)

23 octobre 2006 :

- Le Programme de médicaments de l'Ontario peut conclure des accords de liste avec les fabricants.
- Le prix d'un produit générique ne doit pas excéder 50 % du prix du produit de marque correspondant.

(Version du rapport : juillet 2009)

Mars 2007 : Les réclamations relatives aux prix que paient les exploitants se limitent aux cas où une pharmacie n'est pas en mesure d'acheter un produit générique interchangeable et doit vendre le produit original ou un produit générique interchangeable dont le prix est plus élevé au titre du Programme de médicaments. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} avril 2007 : La majoration remboursée pour les demandes admissibles aux termes du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) passe de 10 % à 8 %. (Version du rapport : juillet 2007)

Avril 2007 : Une allocation professionnelle est accordée dans le cadre de MedsCheck, un programme d'examen des médicaments. Les résidents de l'Ontario qui souffrent d'au moins 3 maladies chroniques ont droit à des examens annuels de MedsCheck. Le programme MedsCheck comprend des examens de suivi depuis novembre 2007. (Version du rapport : juillet 2009)

16 mai 2008 : En ce qui concerne les ordonnances de médicaments d'usage restreint, le médecin peut inscrire les codes liés au motif d'utilisation à la main sur l'ordonnance, ou les fournir par voie électronique ou de vive voix. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} août 2008 : Les conditions de paiement des honoraires et des frais d'exécution d'ordonnance ont changé. Les frais d'ordonnance sont pris en charge jusqu'à 2 fois par patient, par médicament et par mois; des exceptions s'appliquent aux patients des établissements de soins de longue durée et aux médicaments de la liste des médicaments exemptés. (Version du rapport : juillet 2009)

27 novembre 2008 : Le Programme d'accès exceptionnel lance un service de demande par téléphone pour certains médicaments. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} juillet 2010 :

- Le prix des médicaments à fournisseurs multiples ne doit pas correspondre à plus de 25 % du prix du médicament de marque original. Ce pourcentage était auparavant de 50 %.
- Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies sont augmentés et un barème de frais d'exécution d'ordonnance à niveaux a été mis en place pour les pharmacies en régions rurales.

(Version du rapport : juillet 2011)

Septembre 2010 : Le programme MedsCheck est élargi de manière à inclure les résidents des établissements autorisés de soins de longue durée, toutes les personnes de l'Ontario atteintes de diabète ainsi que les personnes qui sont confinées à la maison ou qui ne sont pas en mesure de se rendre à la pharmacie locale pour obtenir des services. (Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} avril 2011 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales passent de 7 \$ à 8,20 \$ et ceux des pharmacies en régions rurales varient maintenant entre 9,20 \$ et 12,30 \$. (Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} avril 2011 : Le nouveau Programme de conseils pharmaceutiques comprend des honoraires de 15 \$ pour une intervention clinique du pharmacien effectuée en collaboration avec un prescripteur afin de déterminer les éventuels problèmes liés aux médicaments au moment de l'exécution d'une nouvelle ordonnance ou du renouvellement d'une ancienne ordonnance ou au moment de l'examen des médicaments MedsCheck. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} septembre 2011 : Un programme d'abandon du tabac offert en pharmacie est mis en place pour les bénéficiaires admissibles qui veulent arrêter de fumer. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2012 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales passent de 8,20 \$ à 8,40 \$ et ceux des pharmacies en régions, de 9,45 \$ à 12,61 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2012 : Les produits interchangeables qui sont fournis sur le marché privé et classés comme médicaments répertoriés selon la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* (LRMO) doivent être tarifés au même prix au titre du Programme de médicaments que celui fixé en vertu de la LRMO (c.-à-d. tarifés à un maximum de 25 % du prix original du produit). (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2013 :

- Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales passent de 8,40 \$ à 8,62 \$ et ceux des pharmacies en régions, de 9,69 \$ à 12,92 \$. (Version du rapport : juillet 2013)
- Les frais de transition de 0,15 \$ pour chaque demande admissible aux termes du PMO sont abolis le 31 mars 2013, comme prévu. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2014 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales passent de 8,62 \$ à 8,83 \$ et ceux des pharmacies en régions, de 9,93 \$ à 13,25 \$. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} octobre 2015 : Tous les frais d'exécution d'ordonnance pour les demandes de règlement des résidents d'établissements de soins de longue durée sont réduits de 1,26 \$ et se situent désormais entre 7,57 \$ et 11,99 \$. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} octobre 2015 : La majoration pour toutes les demandes au PMO pour des médicaments onéreux (médicament coûtant au total 1 000 \$ ou plus) passe de 8 % à 6 %. Si le coût total du médicament est inférieur à 1 000 \$, une majoration de 8 % sur le prix de la liste de médicaments continue d'être versée aux pharmacies. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} octobre 2015 : Les pharmacies sont admissibles à recevoir des frais d'exécution d'ordonnance jusqu'à concurrence de 5 fois par période de 365 jours, à partir de la date où le médicament destiné au traitement d'une maladie chronique est délivré pour la première fois après l'entrée en vigueur du changement. Les pharmaciens sont invités à délivrer un approvisionnement de 100 jours en ce qui concerne la plupart des médicaments destinés au traitement d'une maladie chronique. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} octobre 2015 : La politique relative à la mention « pas de substitution » est modifiée en faveur d'une utilisation maximale de produits génériques à moindre coût. Les patients doivent désormais essayer au moins 2 génériques (et présenter au moins 2 réactions indésirables documentées aux 2 préparations) avant que le régime public ne lui rembourse un produit de marque. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} août 2016 : De nouveaux critères d'admissibilité selon le revenu ont été mis en place pour le Programme de la quote-part pour les personnes âgées à faible revenu offert dans le cadre du PMO. Les personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net est d'au plus 19 300 \$ et les couples de personnes âgées dont le revenu annuel net combiné est d'au plus 32 300 \$ ne paient aucune franchise annuelle, mais paient une quote-part d'un maximum de 2 \$ par ordonnance. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} novembre 2016 : Les pharmaciens doivent désormais offrir un produit générique interchangeable, qui ne fait pas partie de la liste de médicaments assurés, aux bénéficiaires du PMO qui disposent d'une approbation ministérielle en vertu du Programme d'accès exceptionnel (PAE). Les pharmaciens sont remboursés pour le prix du produit générique dispensé. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} juillet 2017 : Les infirmières praticiennes peuvent prescrire des produits thérapeutiques inscrits sur la liste des médicaments assurés tels que des bandelettes réactives pour le diabète et des produits nutritionnels, remboursables au titre du PMO. Les infirmières praticiennes peuvent également présenter au ministère de la Santé et des Soins de longue durée une demande de financement de médicaments au titre du PAE. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} janvier 2018 : L'Ontario met en œuvre un nouveau volet d'admissibilité (Assurance santé Plus) qui permet aux enfants et aux jeunes de 24 ans et moins couverts par l'Assurance santé de l'Ontario d'avoir accès au PMO. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

9 février 2018 : Le processus pour faciliter l'accès aux médicaments pour soins palliatifs est étendu à certaines infirmières praticiennes autorisées à prescrire des drogues et substances contrôlées. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} août 2018 : La limite de provision de 35 jours pour les bénéficiaires du programme Ontario au travail admissibles au PMO est abolie. Dans la plupart des cas, les personnes admissibles au PMO pourraient avoir droit à une provision de médicaments de 100 jours maximum, sans égard à leur volet d'admissibilité. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2019 : La couverture de l'Assurance santé Plus pour les 24 ans et moins a été modifiée et s'applique maintenant seulement à ceux qui n'ont pas d'assurance privée. (Version du rapport : juillet 2019)

1^{er} janvier 2020 : Le gouvernement met en œuvre un modèle de financement par capitation des foyers de soins de longue durée (SLD) qui prévoit qu'aucune quote-part ne peut être facturée à un résident d'un foyer de SLD pour la délivrance de produits pharmaceutiques admissibles au titre du PMO ou de substances figurant au Formulaire des médicaments. De plus, les services professionnels de pharmacie (frais d'exécution d'ordonnance et services professionnels de pharmacie) offerts aux foyers de SLD, qui étaient auparavant rémunérés à l'acte, seront dorénavant financés par capitation en fonction du nombre de lits. Les demandes de remboursement de médicaments admissibles à la couverture du PMO soumises pour des résidents de foyers de SLD ne comportent aucuns frais d'exécution d'ordonnance. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} janvier 2020 : Un ajustement temporaire des rapprochements qui est applicable aux paiements versés aux pharmacies est réalisé comme suit : le ministère déduit un pourcentage de la somme des honoraires et de la marge bénéficiaire des pharmaciens qui offrent des prestations pharmaceutiques aux bénéficiaires du PMO autres que les résidents des foyers de SLD entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2023. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} janvier 2020 : Le prix des médicaments génériques, qui est établi dans le Formulaire des médicaments de l'Ontario, est touché par le retrait du plafond pour les paiements aux conditions commerciales habituelles, qui était fixé à 10 %. (Version du rapport : juillet 2020)

20 mars 2020 : Une recommandation est émise pour limiter temporairement à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 15 juin 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2020 : Des modifications réglementaires sont apportées pour permettre aux produits commercialisés sous une marque de distributeur de faire partie de la liste de médicaments couverts par la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* (LRMO) ou de la liste des médicaments interchangeables de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* (LIMHP). (Version du rapport : juillet 2020)

Québec

15 septembre 2017 : Les pharmaciens doivent remettre aux patients qui paient pour un service pharmaceutique, une fourniture ou un médicament couvert par le régime général d'assurance médicaments du Québec une facture détaillée qui indique clairement

- les honoraires professionnels du pharmacien;
- le montant assumé par le régime général d'assurance médicaments;
- la marge bénéficiaire du grossiste, le cas échéant.

En fonction de la couverture du client (régime public, régime d'assurance collective ou régime d'avantages sociaux), la facture pourrait contenir des renseignements supplémentaires. (Version du rapport : juillet 2019)

10 novembre 2017 : L'accès gratuit à la naloxone dans les pharmacies et aux fournitures associées est introduit comme antidote aux surdoses d'opioïdes. Aucune ordonnance n'est nécessaire. Le pharmacien doit fournir les instructions pour une utilisation adéquate et sécuritaire du produit. (Version du rapport : juillet 2019)

15 décembre 2017 : Un accès gratuit, dans les pharmacies, à la pilule abortive pour mettre fin à une grossesse de 9 semaines ou moins est introduit. Pour l'obtenir, il faut présenter une ordonnance à un pharmacien. (Version du rapport : juillet 2019)

1^{er} juillet 2019 : L'échelle des primes basées sur le revenu familial net augmente de 0 \$ à 616 \$ à 0 \$ à 636 \$ par personne pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} juillet 2019 : La franchise mensuelle passe de 19,90 \$ à 21,75 \$ pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} juillet 2019 : La coassurance (pourcentage du coût des médicaments à payer une fois la franchise soustraite le cas échéant) passe de 34,9 % à 37 % pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} juillet 2019 : La contribution maximale passe de 90,58 \$ à 93,08 \$ par mois ou de 1 087 \$ à 1 117 \$ par année pour l'année 2019-2020. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus qui reçoivent 1 % à 93 % du Supplément de revenu garanti, la contribution maximale passe de 53,16 \$ à 54,08 \$ par mois ou de 638 \$ à 649 \$ par année pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} juillet 2020 : L'échelle des primes basées sur le revenu familial net augmente de 0 \$ à 636 \$ à 0 \$ à 648 \$ par personne pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} juillet 2020 : La contribution maximale passe de 93,08 \$ à 95,31 \$ par mois ou de 1 117 \$ à 1 144 \$ par année pour l'année 2019-2020. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus qui reçoivent 1 % à 93 % du Supplément de revenu garanti, la contribution maximale passe de 54,08 \$ à 54,83 \$ par mois ou de 649 \$ à 658 \$ par année pour l'année 2019-2020. (Version du rapport : juillet 2020)

Nouveau-Brunswick

1^{er} janvier 2009 : Les frais d'ordonnance augmentent. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} septembre 2009 : Les honoraires augmentent. (Version du rapport : janvier 2010)

21 octobre 2009 : Un nouveau régime, le régime C (Grippe), entre en vigueur. (Version du rapport : janvier 2010)

31 mars 2010 : Le programme de lutte contre le H1N1 (régime C) prend fin, de même que l'approvisionnement provenant de la réserve provinciale d'oseltamivir (Tamiflu), régi selon les directives sur la réserve provinciale d'antiviraux. (Version du rapport : juillet 2010)

24 août 2010 : Le régime I est ajouté pour le vaccin saisonnier contre la grippe. Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) traite ces demandes pour le service de santé publique.

2 novembre 2010 : Le régime P est ajouté pour les médicaments antituberculeux approuvés par le service de santé publique pour le traitement de la tuberculose évolutive. Le PMONB traite ces demandes pour le service de santé publique.

1^{er} avril 2011 :

Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque demande de remboursement admissible de méthadone sont les suivants :

- 11,75 \$ — le 1^{er} avril 2011
- 10,60 \$ — le 1^{er} juin 2011
- 9,40 \$ — le 1^{er} septembre 2011

(Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} janvier 2012 : La quote-part annuelle maximale pour les personnes âgées bénéficiaires du Supplément de revenu garanti (SRG) passe de 250 \$ à 500 \$.

(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} juin 2012 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque ordonnance d'un médicament interchangeable sont de 10,40 \$. Une majoration de la pharmacie de 4 % du prix du médicament est aussi versée, jusqu'à un maximum de 50 \$.

Les frais d'exécution d'ordonnance augmentent pour les médicaments non interchangeables (y compris les solutions orales composées de méthadone et la solution orale Métadol^{MC}) et les préparations magistrales. Aucune majoration sur le coût des médicaments n'est versée aux pharmacies.

Dans le cadre de l'Incitatif pour les pharmacies en milieu rural du PMONB, un montant additionnel de 2 \$ est payé aux pharmacies admissibles pour les frais d'exécution de chacune des 10 000 premières ordonnances du PMONB exécutées par exercice.

(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} juin 2012 : Le prix des médicaments génériques est réduit à 40 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} décembre 2012 : Le prix des médicaments génériques est réduit de nouveau, à 35 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} juin 2013 :

- Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque médicament interchangeable, médicament non interchangeable et méthadone pour la douleur chronique sont de 10,50 \$; ceux pour la méthadone utilisée dans le traitement de la dépendance aux opiacés sont de 9,50 \$ et ceux pour les préparations magistrales (composées) sont de 15,75 \$.
- Pour les médicaments interchangeables, une marge maximale de 8 % du prix admissible maximal est versée.

(Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} juin 2013 : Le prix de tous les médicaments génériques interchangeables est réduit à 25 % du prix des médicaments de marque pour les formes orales solides et à 35 % du prix des médicaments de marque pour les formes orales non solides. (Version du rapport : juillet 2013)

2 juillet 2013 : Le PMONB rembourse une fois les frais d'exécution d'ordonnance tous les 28 jours ou plus pour les médicaments sous formes orales solides pris de façon continue. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} septembre 2013 : Le PMONB rembourse une fois les frais de transition inclus dans les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque demande admissible.

Les frais de transition pour chaque demande admissible sont les suivants :

- 1 \$ du 1^{er} septembre au 30 novembre 2013
- 0,75 \$ du 1^{er} décembre 2013 au 31 janvier 2014
- 0,50 \$ du 1^{er} février au 31 mars 2014

Les frais de transition ne s'appliquent pas aux médicaments pour traiter la dépendance aux opiacés, au programme PharmaConsulte NB, au Programme extra-mural (régime W), au vaccin antigrippal (régime I) et aux médicaments pour traiter la tuberculose (régime P). (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} mai 2014 : Le gouvernement du Nouveau-Brunswick met en place le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} juin 2014 :

Les frais d'exécution d'ordonnance pour les demandes admissibles sont comme suit :

- équivalent pharmaceutique (interchangeable) — à concurrence de 11 \$
- équivalent non pharmaceutique (non interchangeable) — à concurrence de 11 \$
- préparations magistrales (composées) — à concurrence de 16,50 \$
- méthadone pour soulager les douleurs chroniques — à concurrence de 11 \$ (inchangé)
- médicaments pour traiter la dépendance aux opiacés (p. ex. méthadone, buprénorphine/naloxone) — à concurrence de 9,50 \$

28 juillet 2014 : Le Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares fournit une aide financière en ce qui a trait au coût de certains médicaments pour des maladies rares précises. Le Nouveau-Brunswick s'associe à l'Ontario pour offrir ce régime en s'appuyant sur le cadre sur les médicaments pour les maladies rares de l'Ontario. Le Régime prend en considération les demandes de couverture visant les médicaments suivants :

- Aldurazyme : médicament utilisé dans le traitement de la mucopolysaccharidose I, forme intermédiaire entre la maladie de Hurler et le syndrome de Scheie
- Élaprase : médicament utilisé dans le traitement du syndrome de Hunter
- Ilaris : médicament utilisé dans le traitement du syndrome périodique associé à la cryopirine
- Myozyme : médicament utilisé dans le traitement des formes infantile/apparition précoce et adulte/apparition tardive de la maladie de Pompe
- Zavesca : médicament utilisé dans le traitement de la maladie Niemann-Pick de type C

(Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2015 : Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick applique 2 nouvelles cotisations et des quotes-parts maximum. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} juillet 2015 : La prime mensuelle du Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés augmente de 105 \$ à 115 \$ par mois.

(Version du rapport : [juillet 2015](#))

7 juillet 2017 : L'instauration du Programme d'avortement médical vise à offrir une couverture universelle du coût des médicaments utilisés pour les avortements médicaux.

(Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} août 2019 : Les primes mensuelles pour le régime de médicaments d'ordonnance destiné aux aînés de Croix Bleue Medavie passent de 115 \$ à 125 \$. (Version du rapport : juillet 2020)

16 mars 2020 : L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick demande aux pharmacies communautaires de limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance pour prévenir la constitution de réserves. Cette mesure a pris fin le 23 avril 2020.

(Version du rapport : juillet 2020)

20 mars 2020 : Le régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick impose une quote-part aux adhérents seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours ou du renouvellement de l'ordonnance. Cette mesure a pris fin le 23 juin 2020.

(Version du rapport : juillet 2020)

Nouvelle-Écosse

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Une marge de 10 % est mise en application en ce qui concerne les produits injectables et les fournitures pour stomisés.

(Version du rapport : janvier 2006)

1^{er} avril 2004 : La cotisation annuelle des personnes âgées n'ayant pas de Supplément de revenu garanti (SRG) passe de 360 \$ à 390 \$ aux termes du Seniors' Pharmacare Program. La pénalité d'inscription tardive pour les personnes âgées qui ne s'inscrivent pas au programme lorsqu'elles deviennent admissibles est réduite à 5 ans.

Auparavant, la pénalité durait aussi longtemps qu'elles étaient inscrites au programme.

(Version du rapport : janvier 2006)

1^{er} janvier 2006 : Le Nova Scotia Diabetes Assistance Program (régime D) est mis en place.

(Version du rapport : janvier 2006)

1^{er} avril 2006 : La cotisation annuelle des personnes âgées n'ayant pas de SRG augmente à 400 \$ par année aux termes du Seniors' Pharmacare Program. La quote-part annuelle maximale augmente à 360 \$ (350 \$ auparavant). (Version du rapport : septembre 2006)

Du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 : Le coût des ingrédients et les honoraires connexes augmentent aux termes de tous les programmes. En ce qui concerne les ordonnances d'un médicament dont le coût des ingrédients atteint jusqu'à 145 \$ (140 \$ auparavant), les honoraires sont de 10,42 \$ (10,12 \$ auparavant) au maximum. Pour les ordonnances d'un médicament dont le coût des ingrédients est supérieur à 145 \$ (140 \$ auparavant), les honoraires sont de 15,64 \$ (15,18 \$ auparavant) au maximum. (Version du rapport : septembre 2006)

1^{er} avril 2007 : La cotisation annuelle passe de 400 \$ à 424 \$. La quote-part annuelle maximale passe de 360 \$ à 382 \$. (Version du rapport : janvier 2008)

15 août 2007 :

- Le coût des médicaments sur ordonnance est admissible à une marge de 0,5 %.
- Les honoraires pour les ordonnances composées (à l'exception de la méthadone) s'élèvent à 15,63 \$.

(Version du rapport : janvier 2008)

1^{er} mars 2008 : Le Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse, qui vise à aider les Néo-Écossais à assumer le coût des médicaments sur ordonnance, est mis en place. Le régime offre une protection contre les coûts des médicaments aux familles qui n'ont pas d'assurance médicaments ou si le coût des médicaments sur ordonnance devient un fardeau financier pour elles. Tous les Néo-Écossais qui ont une carte d'assurance maladie valide sont admissibles; il n'y a pas de prime à payer ni de frais à déboursier pour s'inscrire au régime. Les frais annuels remboursables se limitent à un pourcentage du revenu familial. (Version du rapport : janvier 2008)

1^{er} avril 2008 :

- La quote-part maximale de 30 \$ par ordonnance est éliminée aux termes du Seniors' Pharmacare Program.
- La marge admissible des pharmacies passe de 0,5 % à 1 %.

(Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} avril 2009 :

- La marge admissible des pharmacies passe de 1 % à 2 %. (Version du rapport : juillet 2008)
- La quote-part passe de 33 % à 30 % aux termes du Seniors' Pharmacare Program (régime S). (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} avril 2010 : La période d'adhésion au Diabetes Assistance Program est terminée. Les nouveaux patients peuvent s'inscrire au Family Pharmacare Program.

1^{er} juillet 2011 : Un plafond est fixé pour le prix des médicaments génériques, y compris les médicaments couverts par le programme Pharmacare et les nouveaux médicaments, à un pourcentage du prix du médicament de marque équivalent.

Le plafond entre en vigueur progressivement sur une période d'un an :

- le 1^{er} juillet 2011 — 45 %
- le 1^{er} janvier 2012 — 40 %
- le 1^{er} juillet 2012 — 35 %

(Version du rapport : juillet 2011)

1^{er} juillet 2011 :

Période	Ordonnances pour médicaments et fournitures	Remboursement de Pharmacare
1er juillet 2011 au 31 juillet 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM ou PAM spécial plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits injectables (sauf l'insuline)	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM ou PAM spécial plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM, PAM moins la déduction de Pharmacare ou PAM spécial plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
1er août 2011 au 31 août 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits injectables (sauf l'insuline)	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, prix remboursable maximal (PRM) ou prix de remboursement de Pharmacare (PRP) plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ou PRM ou PRP plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$

Période	Ordonnances pour médicaments et fournitures	Remboursement de Pharmacare
1er septembre 2011 au 31 décembre 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRP plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
1er janvier 2012 au 31 mars 2012	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRP plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$

Période	Ordonnances pour médicaments et fournitures	Remboursement de Pharmacare
1er avril 2012 au 31 mars 2013	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,90 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,35 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRP plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,90 \$
1er avril 2013 au 30 juin 2014	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 11,05 \$
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,58 \$
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRP plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 11,05 \$

(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} septembre 2011 :

Les programmes Pharmacare mettent au point 3 nouveaux services professionnels :

- examen de base des médicaments — 52,50 \$
- substitution thérapeutique — 26,25 \$
- adaptation des ordonnances — 14 \$

Examen détaillé des médicaments — frais maximaux pour services particuliers de 150 \$.
(Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} février 2012 : La province met en place le Palliative Care Drug Program, qui couvre le coût total des médicaments administrés aux patients qui reçoivent des soins de fin de vie à leur domicile. Ce programme offre une couverture supplémentaire dans les situations où des soins de fin de vie sont dispensés à domicile. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2012 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables) passent de 16,10 \$ à 16,35 \$ et les frais pour les autres ordonnances pour médicaments et fournitures, de 10,73 \$ à 10,90 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2013 : Les frais d'exécution d'ordonnance pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) passent de 16,35 \$ à 16,58 \$ et les frais pour les autres ordonnances pour médicaments et fournitures, de 10,90 \$ à 11,05 \$. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} septembre 2013 : L'Insulin Pump Program est mis en place pour fournir une aide financière à l'achat d'une pompe à insuline et des fournitures nécessaires à son utilisation pour les enfants et les jeunes de moins de 19 ans atteints de diabète de type 1. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} avril 2015 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent à 11,65 \$ pour les articles de stomie, à 17,47 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) et à 11,65 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone). (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2015 : L'Insulin Pump Program fournit désormais une aide financière à l'achat d'une pompe à insuline et des fournitures nécessaires à son utilisation aux patients de moins de 25 ans atteints de diabète de type 1. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2016 : De nouvelles réductions et exemptions de cotisations fondées sur le revenu sont instaurées pour le Seniors' Pharmacare Program. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2016 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour les articles de stomie, de 17,47 \$ à 17,62 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables) et de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone). (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2017 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,75 \$ à 11,85 \$ pour les articles de stomie, de 17,62 \$ à 17,77 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables), et de 11,75 \$ à 11,85 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone). (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} novembre 2017 : Mifegymiso, le médicament utilisé pour l'avortement médical, est offert sans frais dans les pharmacies pour les résidentes de la Nouvelle-Écosse titulaires d'une carte d'assurance maladie valide qui n'ont pas d'assurance médicaments privée. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

14 février 2018 : Le Take-Home Cancer Drug Fund est instauré pour aider les patients qui doivent assumer des coûts élevés pour leurs médicaments pour le cancer à prendre à la maison. Le programme est rétroactif pour les patients qui ont pris des médicaments pour le cancer à la maison après le 1^{er} avril 2017. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2018 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,85 \$ à 11,95 \$ pour les articles de stomie, de 17,77 \$ à 17,92 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables), et de 11,85 \$ à 11,95 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone). (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} avril 2019 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 11,95 \$ à 12,10 \$ pour les articles de stomie, de 17,92 \$ à 18,15 \$ pour les préparations magistrales composées (sauf la méthadone et les produits injectables), et de 11,95 \$ à 12,10 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone). (Version du rapport : [juillet 2019](#))

18 mars 2020 : L'Ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse demande aux pharmacies de limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance tout en faisant appel à leur jugement professionnel. Les programmes Pharmacare acceptent les demandes de remboursement de médicaments délivrés pour 30 jours sans exiger l'autorisation du prescripteur même si la quantité indiquée sur l'ordonnance est supérieure à 30 jours. Cette mesure a pris fin le 19 mai 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

1^{er} avril 2020 : Les frais d'exécution d'ordonnance passent de 18,15 \$ à 18,37 \$ pour les produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables) et de 12,10 \$ à 12,25 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone) et les articles de stomie. (Version du rapport : juillet 2020)

23 avril 2020 : Pour les programmes Pharmacare destinés aux aînés et aux familles, le gouvernement accepte d'assumer toute quote-part supplémentaire associée à la distribution plus fréquente des médicaments en raison de la limite d'approvisionnement de 30 jours. Cette mesure a pris fin le 30 juin 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

23 avril 2020 : Le régime Pharmacare du ministère des Services communautaires n'exige plus la quote-part de 5 \$ pour toutes les ordonnances. (Version du rapport : juillet 2020)

Île-du-Prince-Édouard

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : 3 nouveaux programmes sont ajoutés, soit l'Erythropoietin Program, le High-Cost Drug Program et le Quit Smoking Program. Le Multiple Sclerosis Program est intégré au High-Cost Drug Program. (Version du rapport : septembre 2006)

2005 : La restriction d'âge du Phenylketonuria Program est supprimée.
(Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} avril 2006 : Les honoraires pour le Financial Assistance Program, le Diabetes Program, le STD Program et le Quit Smoking Program passent de 7,25 \$ à 7,50 \$.
(Version du rapport : septembre 2006)

1^{er} novembre 2007 : L'admissibilité au Family Health Benefit Drug Program dépend du groupe de revenu. Pour être admissibles, les familles qui ont un enfant de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire (p. ex. une université ou un collège communautaire) doivent gagner un revenu familial annuel net inférieur à 24 800 \$. Un supplément de 3 000 \$ est ajouté pour chaque enfant additionnel.
(Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} novembre 2007 : Le groupe de revenu qui établit l'admissibilité au Family Health Benefit Drug Program (Plan F) est modifié. Les enfants de moins de 25 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire (p. ex. une université ou un collège communautaire) sont également admissibles au régime F. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} janvier 2008 : Les honoraires augmentent pour le Financial Assistance Program, le Diabetes Control Program, le STD Program et le Quit Smoking Program. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} avril 2008 : La liste des prix admissibles maximaux est distribuée tous les mois, plutôt qu'aux 6 mois. S'il n'y a pas de prix admissible maximal, la marge maximale prise en compte dans le calcul passe de 13,5 % à 13,0 %. (Version du rapport : juillet 2008)

14 novembre 2008 : Le Diabetes Control Program couvre les bandelettes réactives pour glycémie des personnes qui ont recours à l'insuline. Le coût est de 11 \$ pour une quantité maximale de 100 bandelettes tous les 30 jours. (Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} avril 2009 :

- Les honoraires pour le Children in Care Program, le Diabetes Program (médicaments pris par voie orale et bandelettes d'essai seulement), le Financial Assistance Program, le Quit Smoking Program et le STD Program passent de 7,96 \$ à 8,20 \$ pour les médicaments sur ordonnance, de 7,73 \$ à 7,96 \$ pour les médicaments vendus sans ordonnance et de 11,94 \$ à 12,30 \$ pour les préparations magistrales.
- Les frais supplémentaires pour les coûts des médicaments sont portés à 9,5 % jusqu'à concurrence de 60 \$ aux termes du Family Health Benefit Program, du Nursing Home Program et du Seniors' Drug Cost Assistance Program.
- Les frais supplémentaires relatifs aux médicaments onéreux pour la sclérose en plaques et aux autres médicaments onéreux sont de 7,5 % des coûts définis jusqu'à concurrence de 150 \$.
- Les honoraires mensuels fixés par tête passent de 50,09 \$ à 51,99 \$ aux termes du Nursing Home Program.

(Version du rapport : juillet 2009)

1^{er} septembre 2010 : La quote-part du Seniors' Drug Cost Assistance Program passe de 11 \$ à 8,25 \$. (Version du rapport : janvier 2011)

Juillet 2012 : Le prix des médicaments génériques équivaut à 35 % ou moins du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2013)

20 novembre 2012 : Un programme de méthadone est mis en œuvre pour la couverture du coût du Métadol pour les clients inscrits au programme provincial de traitement d'entretien à la méthadone. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2013 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux passent de 8,20 \$ à 12 \$, les frais maximaux pour les préparations magistrales, à 18 \$, et les honoraires fixés par tête, à 73,55 \$ aux termes du Private Nursing Home Program. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2013 : L'examen des médicaments est remboursé pour les clients qui y sont admissibles en vertu des programmes Seniors, Social Assistance, Private Nursing Homes ou Diabetes. (Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} octobre 2013 : La province met sur pied un programme de couverture des médicaments onéreux afin d'aider les personnes ou les familles qui doivent déboursier des coûts en médicaments d'ordonnance élevés par rapport à leur revenu. (Version du rapport : juillet 2013)

18 novembre 2013 : Le Methadone Maintenance Program est renommé Opioid Replacement Therapy Program. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} décembre 2013 : Des honoraires sont instaurés pour les services de pharmacie suivants :

- système d'emballage aux fins d'observance : 25 \$ par période de 28 jours
- aide à la demande d'inscription au Catastrophic Drug Program : 5 \$ par personne par année
- substitution thérapeutique : 1,2 fois les frais d'exécution d'ordonnance
- refus d'exécuter une ordonnance : 1,2 fois les frais d'exécution d'ordonnance
- adaptation d'ordonnance : 1,2 fois les frais d'exécution d'ordonnance

30 décembre 2013 : Le prix des médicaments génériques est réduit à 25 % du prix courant des médicaments de marque. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2014 : Le remboursement maximum des honoraires est fixé à 12,18 \$ et les frais des préparations magistrales, à 18,27 \$. Les honoraires fixés par tête aux termes du Private Nursing Home Program sont de 75,02 \$. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} juillet 2014 : L'Insulin Pump Program de l'Île-du-Prince-Édouard est lancé pour couvrir une partie des coûts associés au traitement par pompe des enfants et des jeunes de moins de 19 ans. Le programme couvre jusqu'à 90 % du coût des pompes et du matériel d'injection utilisé chaque mois. Le pourcentage de couverture en vertu du programme est déterminé par l'assurance privée et le revenu d'une personne. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} juillet 2014 : Le régime Pharmacare de l'Île-du-Prince-Édouard devient le payeur de dernier recours pour les régimes publics d'assurance médicaments. Les résidents qui ont recours à un régime public d'assurance médicaments et qui souscrivent aussi un régime privé d'assurance doivent soumettre une demande de remboursement à l'assurance privée en premier, puis au régime Pharmacare. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

22 septembre 2014 : Le programme de vaccination contre la grippe est mis en œuvre; il rembourse les pharmaciens pour les vaccins administrés aux enfants et aux personnes à risque élevé. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2015 : Le remboursement maximum des honoraires est fixé à 12,36 \$ et les frais des préparations magistrales, à 18,54 \$. Les honoraires fixés par tête aux termes du Private Nursing Home Program sont de 76,52 \$. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} octobre 2015 : Le Programme de médicaments génériques fait en sorte de limiter les débours pour les médicaments génériques sur ordonnance à un maximum de 19,95 \$. (Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2017 : La suboxone et les produits génériques figurant sur la liste sont ajoutés au Opioid Replacement Therapy Program et rendus disponibles de la même façon que la méthadone pour les clients inscrits à ce programme. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} août 2017 : Les clients du Régime d'assurance médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard qui sont inscrits aux programmes Seniors Drug, Diabetes Drug, Generic Drug ou Catastrophic Drug et qui voyagent hors province peuvent obtenir une provision de médicaments admissibles de 180 jours maximum avant de quitter la province. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} janvier 2019 : Le nouveau Programme de fournitures pour stomisés est adopté pour offrir une aide financière aux personnes vivant avec une stomie permanente. Le programme assume entre 60 % et 90 % des dépenses admissibles, selon le revenu de la personne. (Version du rapport : juillet 2019)

2 décembre 2019 : Le programme d'abandon du tabac fait l'objet d'une révision pour permettre aux résidents admissibles de recevoir un traitement unique continu (12 semaines consécutives) à l'aide de produits de remplacement de la nicotine ou de médicaments conçus pour l'abandon du tabac. Le traitement peut avoir lieu une seule fois par période de 12 mois et est offert gratuitement. (Version du rapport : juillet 2020)

Mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. Les bénéficiaires des programmes Pharmacare paient dorénavant un tiers de leur quote-part (si le médicament pouvait être prescrit pour une période de 90 jours) pendant les jours où l'approvisionnement est limité. Cette mesure a pris fin le 22 mai 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

Terre-Neuve-et-Labrador

31 janvier 2007 : L'Access Plan vise à aider les personnes et les familles à faible revenu à payer leurs médicaments sur ordonnance. Le régime est offert aux familles avec enfants (âgés de 18 ans et moins) dont le revenu annuel est de 30 000 \$ ou moins, aux couples (sans enfant) dont le revenu annuel est de 21 000 \$ ou moins et aux personnes seules dont le revenu annuel est de 19 000 \$ ou moins. (Version du rapport : juillet 2007)

10 juillet 2007 : Des changements sont apportés aux composantes des coûts d'ordonnance, aux honoraires, aux frais des préparations magistrales et à la politique relative à la tarification des ingrédients. (Version du rapport : janvier 2008)

31 octobre 2007 :

L'Assurance Plan fournit un soutien financier aux résidents pour les médicaments onéreux admissibles, qu'il s'agisse d'un médicament ou du coût global de nombreux médicaments.

Les débours annuels des personnes seules et des familles se limitent à ce qui suit :

Revenu annuel net	Pourcentage maximal du revenu net pouvant être consacré aux coûts des médicaments
0 \$ à 39 999 \$	5 %
40 000 \$ à 74 999 \$	7,5 %
75 000 \$ à 149 999 \$	10 %

Par exemple, dans le cas d'une famille dont le revenu net est de 35 000 \$ et dont les coûts annuels en médicaments s'élèvent à 6 000 \$, la cotisation annuelle maximale se chiffrerait à 5 % du revenu familial, soit à 1 750 \$ (35 000 \$ × 5 %). La quote-part est calculée comme suit :

$$(35\,000\ \$ \times 5\ %) \div 6\,000\ \$ = 29,17\ \%$$

Ainsi, chaque fois qu'une ordonnance pour un médicament admissible est exécutée, la famille doit payer 29,17 % du coût total de l'ordonnance. (Version du rapport : janvier 2008)

1^{er} janvier 2008 : Les honoraires et les frais des préparations magistrales augmentent. Ces changements sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2011. (Version du rapport : juillet 2008)

1^{er} août 2010 : Les montants des groupes de revenu pour l'Access Plan sont plus élevés. L'Access Plan vise à aider les personnes et les familles à faible revenu à payer leurs médicaments sur ordonnance. Le programme est offert aux familles avec enfants (âgés de 18 ans et moins), y compris les familles monoparentales, dont le revenu annuel est de 42 870 \$ ou moins, aux couples (sans enfant) dont le revenu annuel est de 30 009 \$ ou moins et aux personnes seules dont le revenu annuel est de 27 151 \$ ou moins.

Voici des exemples de personnes admissibles et de pourcentages de couverture :

Personnes seules			Couples (sans enfant)			Familles (avec enfants) (dont les familles monoparentales)		
Revenu	Paiement du gouver- nement	Paiement du client	Revenu	Paiement du gouver- nement	Paiement du client	Revenu	Paiement du gouver- nement	Paiement du client
Égal ou inférieur à 18 577 \$	80,0 %	20,0 %	Égal ou inférieur à 21 435 \$	80,0 %	20,0 %	Égal ou inférieur à 30 009 \$	80,0 %	20,0 %
19 000 \$	77,5 %	22,5 %	22 000 \$	76,7 %	23,3 %	31 000 \$	76,1 %	23,9 %
20 000 \$	71,7 %	28,3 %	23 000 \$	70,9 %	29,1 %	32 000 \$	72,3 %	27,7 %
21 000 \$	65,9 %	34,1 %	24 000 \$	65,0 %	35,0 %	33 000 \$	68,4 %	31,6 %
22 000 \$	60,0 %	40,0 %	25 000 \$	59,2 %	40,8 %	34 000 \$	64,5 %	35,5 %
23 000 \$	54,2 %	45,8 %	26 000 \$	53,4 %	46,6 %	35 000 \$	60,6 %	39,4 %
24 000 \$	48,4 %	51,6 %	27 000 \$	47,6 %	52,4 %	36 000 \$	56,7 %	43,3 %
25 000 \$	42,5 %	57,5 %	28 000 \$	41,7 %	58,3 %	37 000 \$	52,8 %	47,2 %
26 000 \$	36,7 %	63,3 %	29 000 \$	35,9 %	64,1 %	38 000 \$	48,9 %	51,1 %
27 000 \$	30,9 %	69,1 %	30 000 \$	30,1 %	69,9 %	39 000 \$	45,0 %	55,0 %
27 151 \$	30,0 %	70,0 %	30 009 \$	30,0 %	70,0 %	40 000 \$	41,2 %	58,8 %
27 152 \$ et plus	Non admissible	100,0 %	30 010 \$ et plus	Non admissible	100,0 %	41 000 \$	37,3 %	62,7 %
						42 000 \$	33,4 %	66,6 %
						42 870 \$	30,0 %	70,0 %
						42 871 \$ et plus	Non admissible	100,0 %

(Version du rapport : janvier 2011)

1^{er} avril 2012 : Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan passent de 7,15 \$ à 8,25 \$, applicables rétroactivement au 1^{er} avril 2011.

(Version du rapport : juillet 2012)

16 avril 2012 : Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan passent à

- 10,90 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$;
- 21,95 \$ pour les médicaments de 50 \$ à 249,99 \$;
- 49,85 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Les honoraires pour le 65Plus Plan passent à

- 10,90 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$;
- 39,59 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Ces frais sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2013.

Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP) (c.-à-d. qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au NLPDP ni à un client).

Les personnes âgées versent une quote-part qui ne dépasse pas 6 \$ par ordonnance. Les pharmacies facturant moins de 6 \$ peuvent exiger que les personnes âgées paient le montant total des frais.

Services cognitifs

- Refus de remplir une ordonnance : Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 10,90 \$.
- Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 10,90 \$ (frais d'exécution d'ordonnance de base).
- Examen des médicaments : La nouvelle entente permet de payer pour le service d'examen des médicaments en tant que service cognitif. Les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ (48 fois par année).

(Version du rapport : juillet 2012)

16 avril 2012 : Le prix des médicaments génériques est réduit à 45 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} octobre 2012 : Le prix des médicaments génériques est réduit à 40 % du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

1^{er} avril 2013 : Le prix des médicaments génériques équivaut à 35 % ou moins du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : juillet 2013)

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan passent à

- 11,05 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$;
- 22,55 \$ pour les médicaments de 50 \$ à 249,99 \$;
- 49,55 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Les honoraires pour le 65Plus Plan passent à

- 11,05 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$;
- 39,53 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Ces frais sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2014.

Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du NLPDP (c.-à-d. qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au NLPDP ni à un client).

Les personnes âgées versent une quote-part qui ne dépasse pas 6 \$ par ordonnance. Les pharmacies facturant moins de 6 \$ peuvent exiger que les personnes âgées paient le montant total des frais.

Services cognitifs

- Refus de remplir une ordonnance : Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,05 \$.
- Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 11,05 \$ (frais d'exécution d'ordonnance de base).
- Examen des médicaments : La nouvelle entente permet de payer pour le service d'examen des médicaments en tant que service cognitif. Les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ (48 fois par année).

(Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} juillet 2013 : Le prix des médicaments génériques équivaut à 25 % ou moins du prix des médicaments de marque. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 :

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan passent à

- 11,50 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$;
- 23,23 \$ pour les médicaments de 50 \$ à 249,99 \$;
- 49,77 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Les honoraires pour le 65Plus Plan passent à

- 11,50 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$;
- 39,75 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Ces frais sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2015.

Services cognitifs

- Refus de remplir une ordonnance : Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,50 \$.
- Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 11,50 \$ (frais d'exécution d'ordonnance de base).
- Examen des médicaments : La nouvelle entente permet de payer pour le service d'examen des médicaments en tant que service cognitif. Les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ pour les bénéficiaires de plus de 65 ans qui sont atteints de maladies chroniques et qui prennent au moins 3 médicaments, et pour les bénéficiaires de tous âges atteints de diabète qui prennent des hypoglycémiantes oraux ou de l'insuline, jusqu'à 72 fois par année par pharmacie. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2015 :

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan passent à

- 11,96 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$;
- 23,93 \$ pour les médicaments de 50 \$ à 249,99 \$;
- 50 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Les honoraires pour le 65Plus Plan passent à

- 12 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$;
- 40 \$ pour les médicaments de 250 \$ et plus.

Ces tarifs sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2016.

Services cognitifs

- Refus de remplir une ordonnance : Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 2 fois les frais d'exécution d'ordonnance de base de 11,96 \$.
- Gestion des médicaments : Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 11,96 \$ (le montant des frais d'exécution d'ordonnance de base).

(Version du rapport : [juillet 2015](#))

5 octobre 2015 : Les services cognitifs sont ajoutés. Conformément aux modifications apportées à la *Pharmacy Act and Regulations*, les pharmaciens pourront soumettre des demandes de remboursement de produits pharmaceutiques pour les bénéficiaires du NLPDP en vertu de l'article Prescribing for Minor Ailments. Aucuns frais autres que le coût du médicament et les honoraires ne peuvent être facturés au NLPDP. (Version du rapport : [juillet 2018](#))

1^{er} juillet 2016 : Le NLPDP met en place une nouvelle politique sur les bandelettes réactives pour glycémie. Le nombre de bandelettes réactives admissibles par année, sans autorisation spéciale, est limité à un maximum de 2 500 pour les personnes qui prennent de l'insuline à action rapide, de 700 pour les personnes qui prennent de l'insuline à action prolongée, de 100 pour les personnes qui prennent des médicaments pour le diabète autres que l'insuline, et de 50 pour les personnes qui ne prennent ni insuline, ni aucun autre médicament pour le diabète.

(Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} septembre 2018 : Mifegymiso, le médicament utilisé pour l'avortement médical, est offert sans frais aux personnes admissibles. (Version du rapport : juillet 2019)

28 janvier 2019 : Le programme SaferMedsNL est lancé pour une durée de 3 ans dans le cadre de l'initiative de déprescription visant principalement 3 catégories de médicaments : les inhibiteurs de la pompe à protons, les sédatifs hypnotiques et les opioïdes. (Version du rapport : juillet 2019)

19 mars 2020 : Une mesure temporaire est prise pour limiter à 30 jours l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance afin de prévenir la constitution de réserves. De plus, les adhérents paient une quote-part seulement lors de l'approvisionnement initial de 30 jours ou du renouvellement de l'ordonnance. Cette mesure a pris fin le 4 mai 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

Yukon

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : La franchise aux termes du Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants ainsi que du Programme d'aide aux malades chroniques peut être abolie ou réduite selon le revenu. (Version du rapport : janvier 2006)

17 janvier 2011 :

- Les honoraires sont fixés à 8,75 \$.
- Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du Yukon (c.-à-d. qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au régime public ni au client).
- Les services cognitifs font l'objet d'un examen.

(Version du rapport : [juillet 2014](#))

31 octobre 2018 : Mifegymiso, le médicament utilisé pour l'avortement médical, est offert sans frais aux personnes admissibles. (Version du rapport : juillet 2019)

14 mai 2020 : Des modifications temporaires sont adoptées en vertu desquelles les pharmaciens peuvent décider, en faisant appel à leur jugement, de renouveler à plus d'une reprise une ordonnance pour un maximum de 30 jours et de prescrire certains médicaments. Ces modifications resteront en vigueur pendant 30 jours après la levée de l'état d'urgence par le gouvernement du Yukon ou jusqu'à ce que le registraire des pharmaciens émette de nouvelles directives. (Version du rapport : juillet 2020)

Services aux Autochtones Canada

9 septembre 2008 : Des modifications sont apportées à la Politique des frais d'exécution d'ordonnance à court terme du Programme des SSNA. Les ordonnances pour la plupart des médicaments pour maladies chroniques ne devraient pas être renouvelées avant 28 jours. Les SSNA réduiront les honoraires dans le cas de la plupart des médicaments pour maladies chroniques délivrés dans un intervalle de moins de 28 jours. (Version du rapport : juillet 2010)

15 juillet 2012 : La Politique des frais d'exécution d'ordonnance à court terme du Programme des SSNA est étendue aux anticonvulsivants, aux antidépresseurs, aux antipsychotiques, aux benzodiazépines et aux stimulants. Lorsque l'exécution d'une ordonnance à court terme est médicalement nécessaire, les médicaments peuvent être délivrés tous les jours ou à des intervalles de moins de 28 jours. Les SSNA réduisent alors les honoraires dans le cas de la plupart des médicaments pour maladies chroniques délivrés dans un intervalle de moins de 28 jours. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} octobre 2013 : Santé Canada transfère à la nouvelle Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique la responsabilité de la conception, de la gestion et de l'exécution des programmes de santé destinés aux Premières Nations de la province. (Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} juin 2016 : Le Programme des SSNA a modifié le paiement pour le traitement de la dépendance aux opioïdes en augmentant de 0,50 \$ le montant remboursé pour la méthadone. Le Suboxone et le Kadian ne sont plus assujettis à la Politique des frais d'exécution d'ordonnance à court terme du Programme des SSNA. (Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} juin 2016 : La Pharmacist Initiated Treatment Policy remplace la Pharmacist Initiated Prescribing Policy. En vertu de cette nouvelle politique, les demandes de remboursement émises par les pharmaciens pour des traitements ne nécessitant pas d'approbation préalable sont acceptées par le Programme des SSNA. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

1^{er} octobre 2017 : Les membres des Premières Nations ayant un numéro d'inscription qui résident en Colombie-Britannique (sauf les personnes qui reçoivent des prestations santé par le biais d'un organisme des Premières Nations en vertu d'un accord sur l'autonomie gouvernementale avec le Canada) sont admissibles à des prestations de la RSPN afin de recevoir la majorité de leurs remboursements de médicaments dans le cadre du B.C.'s PharmaCare Program. Le Programme des SSNA continue d'assurer le traitement et le paiement des demandes de prestations seulement pour les articles de pharmacie qui ne sont pas offerts par PharmaCare. (Version du rapport : juillet 2019)

1^{er} mars 2018 : La couverture des enfants non inscrits est prolongée jusqu'à l'âge de 18 mois afin de donner le temps aux parents d'inscrire leurs jeunes enfants. (Version du rapport : juillet 2018)

9 avril 2018 : Une politique d'approvisionnement d'au plus 30 jours est mise en place pour les stimulants d'une dose maximale équivalente à 100 mg de méthylphénidate par jour; la dose maximale était auparavant de 150 mg par jour. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

14 mai 2018 : La quantité admissible de timbres à la nicotine pour une période de 12 mois augmente à 252 timbres de toute marque inscrite. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

1^{er} août 2018 : Le remboursement maximum pour l'exécution d'ordonnances de méthadone visant à traiter les troubles liés à l'usage d'opioïdes passe de (frais d'exécution des ordonnances ÷ 7) plus 5,10 \$ à 5,25 \$. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

9 octobre 2018 : La quantité maximum de lancettes est modifiée; elle dépend maintenant des médicaments de la personne atteinte de diabète, ce qui correspond mieux au remboursement des bandelettes réactives pour glycémie. (Version du rapport : [juillet 2019](#))

20 mars 2020 : Le Programme des SSNA accepte temporairement les demandes de paiement relatives à des approvisionnements supérieurs à 30 jours pour des médicaments habituellement visés par sa politique d'approvisionnement maximal de 30 jours (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, gabapentine, prégabaline, stimulants et nabilone) en se fiant au jugement professionnel des pharmaciens. Cette mesure a pris fin le 1^{er} juin 2020. (Version du rapport : juillet 2020)

27 avril 2020 : Pour soutenir l'accès des nourrissons non inscrits aux prestations du Programme des SSNA pendant la pandémie de COVID19, le Programme des SSNA prolonge jusqu'à l'âge de 24 mois la couverture des nourrissons non inscrits ayant un parent admissible. Cette mesure temporaire est en vigueur jusqu'à nouvel ordre. (Version du rapport : juillet 2020)

Politiques pancanadiennes

Renseignez-vous sur l'[état des négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique \(APP\) pour les médicaments de marque](#).

1^{er} avril 2013 :

Initiative pancanadienne sur la tarification des médicaments génériques — L'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec, ont fixé le prix des 6 médicaments génériques ci-dessous à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Atorvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Ramipril : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et d'autres troubles cardiovasculaires
- Venlafaxine : médicament utilisé dans le traitement de la dépression et d'autres troubles de santé mentale
- Amlodipine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'angine
- Oméprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastro-intestinaux
- Rabéprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastro-intestinaux

(Version du rapport : juillet 2013)

1^{er} avril 2014 :

Le prix des 4 médicaments génériques ci-dessous est réduit à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Citalopram : médicament utilisé dans le traitement de la dépression et d'autres troubles de santé mentale
- Pantoprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastro-intestinaux
- Rosuvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Simvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie

(Version du rapport : [juillet 2014](#))

1^{er} avril 2014 : Le cadre pancanadien de tarification modulée est mis en œuvre pour les médicaments génériques. (Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2015 :

Le prix des médicaments génériques suivants est limité à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Clopidogrel : médicament utilisé pour inhiber l'agrégation plaquettaire et prévenir l'infarctus du myocarde
- Gabapentine : médicament utilisé dans le traitement de l'épilepsie
- Metformine : médicament utilisé dans le traitement du diabète de type 2
- Olanzapine : médicament utilisé dans le traitement des troubles psychotiques

(Version du rapport : [juillet 2015](#))

1^{er} avril 2016 : Le prix des médicaments génériques suivants est limité à 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- Donépézil : médicament utilisé dans le traitement de la démence chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer
- Ézétimibe : médicament utilisé pour réduire la cholestérolémie
- Quétiapine : médicament utilisé dans le traitement des troubles psychotiques, notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires
- Zopiclone : médicament utilisé dans le traitement de l'insomnie

(Version du rapport : [juillet 2016](#))

1^{er} avril 2017 : Une période de transition d'un an pour l'Initiative sur les produits génériques de l'APP entre en vigueur. En vertu de l'entente de transition, le prix des molécules suivantes passe de 18 % à 15 % du prix de référence du médicament de marque :

- Atorvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Amlodipine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'angine
- Simvastatine : médicament utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie
- Pantoprazole : médicament utilisé dans le traitement de divers troubles gastro-intestinaux
- Ramipril : médicament utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et d'autres troubles cardiovasculaires
- Clopidogrel : médicament utilisé pour inhiber l'agrégation plaquettaire et prévenir l'infarctus du myocarde

(Version du rapport : [juillet 2017](#))

1^{er} avril 2018 : Le prix de près de 70 des médicaments les plus souvent prescrits au Canada est fixé à 10 % ou 18 % du prix du médicament de marque équivalent :

- **10 % pour les formes orales solides** : amlodipine, atorvastatine, citalopram, clopidogrel, donépézil, ézétimibe, gabapentine, metformine, olanzapine, olanzapine ODT, oméprazole, pantoprazole, quétiapine, rabéprazole EC, ramipril, ranitidine, rosuvastatine, simvastatine, venlafaxine XR et zopiclone
- **18 % pour les formes orales solides** : alendronate, almotriptan, amiodarone, anastrozole, atémolol, atomoxétine, azithromycine, bicalutamide, bisoprolol, candésartan, candésartan HCTZ, carvedilol, célécoxib, ciprofloxacine, clonazépam, cyclobenzaprine, dompéridone, dutastéride, élétriptan, escitalopram, famciclovir, finastéride, fluoxétine, imatinib, irbésartan, irbésartan HCTZ, lamotrigine, lévétiracétam, mémantine, minocycline, montélukast, mycophénolate, paroxétine, pramipéxole, pravastatine, prégabaline, risédronate, rispéridone, sertraline, solifénacine, sumatriptan DF, telmisartan, telmisartan HCTZ, terbinafine, topiramate, valacyclovir, valsartan et valsartan HCTZ

(Version du rapport : [juillet 2018](#))

Sites Web des régimes publics d'assurance médicaments

Pour obtenir des renseignements à jour et détaillés sur les régimes d'assurance médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux, visitez les sites suivants :

[British Columbia PharmaCare](#)

[Alberta Prescription Drug Program](#)

[Saskatchewan Drug Plan](#)

[Régime d'assurance médicaments du Manitoba](#)

[Programmes publics de médicaments de l'Ontario](#)

[Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick](#)

[Nova Scotia Pharmacare](#)

[Régime d'assurance médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard](#)

[Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program](#)

[Programme d'assurance médicaments du Yukon](#)

[Services aux Autochtones Canada — Services de santé non assurés](#)



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

22688-0720

