

# Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Guide de vérification des fournisseurs

## Table des matières

1. Introduction .....	3
2. Vérifications des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick : Aperçu .....	4
a. Activités de vérification des fournisseurs .....	5
b. Conformité des fournisseurs.....	6
c. Sélection pour la vérification.....	7
3. Résultats de la vérification .....	8
4. Mesures correctives à la suite d'une vérification du fournisseur .....	9
5. Demande de réexamen .....	14
6. Demande d'examen par le Comité d'examen des résultats d'inspection .....	15
7. Glossaire.....	16

## 1. Introduction

### Aperçu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick offre aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick une couverture des médicaments dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et d'autres régimes d'assurance médicaments (désignés sous le terme collectif Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick). Les médicaments couverts sont indiqués dans le [Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#).

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

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick couvre les médicaments pour les résidents admissibles du Nouveau-Brunswick. Des renseignements sur les groupes de bénéficiaires admissibles sont accessibles sur la [page Web du ministère de la Santé](#).

### Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick est un régime d'assurance médicaments basé sur le revenu qui offre une couverture aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick qui ne sont pas assurés.

La [page Web du ministère de la Santé](#) contient des renseignements sur la couverture et les critères d'admissibilité du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Les médicaments couverts sont indiqués dans le [Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#).

### Autres régimes d'assurance gouvernementaux

- Services correctionnels (Régime C)
- Régime de Santé publique (Régime I)
- Services en pharmacie (Régime M)
- Programme pour la tuberculose du Nouveau-Brunswick (Régime P)
- Programme d'avortement médical (Régime J)
- Programme extra-mural (Régime W)
- Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares

## 2. Vérifications des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick : Aperçu

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick effectuent des vérifications des fournisseurs afin de fournir une assurance raisonnable que les pratiques de distribution, de soumission des demandes de remboursement, de facturation et de déclaration des fournisseurs participants respectent les critères établis par la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* et la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux*, ainsi que leurs règlements et politiques respectives applicables. Les vérifications servent également à informer et à éduquer les fournisseurs participants, et aident à détecter et à prévenir les activités frauduleuses.

Les vérifications des fournisseurs peuvent prendre la forme d'une vérification sur pièces ciblée, d'une vérification sur place ou d'une vérification des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance. La pratique habituelle pour les vérifications sur place est que l'inspecteur (vérificateur) contacte les pharmacies à l'avance pour planifier la vérification afin de donner au propriétaire de la pharmacie un préavis suffisant pour se préparer. Toutefois, les vérificateurs ont le pouvoir d'effectuer une vérification à tout moment sans préavis lorsque les circonstances le justifient.

Le vérificateur peut examiner toutes les pratiques de facturation ou de distribution, ainsi que les dossiers associés, notamment :

- la facturation de coûts significatifs pour des médicaments qui dépassent les montants autorisés;
- la facturation de services de distribution qui dépassent les montants autorisés;
- la facturation, pour le même bénéficiaire, du même produit, délivré avant la période habituelle ou assignée (par exemple, renouvellements trop hâtifs ou trop rapprochés les uns des autres, etc.); ou
- les facturations qui sont ou qui semblent être non conformes aux lois, règlements et politiques régissant les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Le vérificateur peut examiner toutes les pratiques de facturation ou de distribution qui ne sont pas appropriées, ou qui ne semblent pas l'être, notamment :

- les facturations pour des produits qui n'ont pas été délivrés ou prescrits;
- les facturations de montants pour des ingrédients utilisés dans des produits composés qui sont supérieurs aux coûts d'achat réels;
- les facturations effectuées d'une manière inappropriée ou qui semble l'être selon les lois, les règlements et les politiques régissant les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick; ou
- la facturation de prestations non autorisées ou de médicaments non couverts par le régime du bénéficiaire (p. ex., les ordonnances de produits composés contenant des prestations non autorisées ou des ingrédients qui sont incorrectement facturés au moyen du numéro d'identification du médicament (DIN) ou du numéro d'identification du produit (PIN) d'une prestation autorisée).

Dans le cas où les résultats de la vérification du fournisseur indiquent des pratiques de facturation irrégulières ou inappropriées, la lettre exposant les conclusions de la vérification précisera tous les montants non autorisés qui pourraient être recouverts auprès du fournisseur, et pourrait proposer des recommandations ou des mesures correctives.

Les mesures correctives peuvent comprendre l'orientation vers l'autorité d'octroi des permis et/ou la suspension ou l'annulation de l'entente entre le fournisseur participant et les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Dans les cas où des preuves d'activité criminelle sont identifiées, les mesures correctives peuvent inclure une action en justice.

Toutes les conclusions des vérifications des fournisseurs et les rapports de vérification des fournisseurs associés sont mis à la disposition de la Direction des services pharmaceutiques du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

#### a. Activités de vérification des fournisseurs

Les éléments suivants sont assujettis à une vérification :

- les demandes de remboursement des fournisseurs;
- les pratiques de facturation des fournisseurs liées à la soumission des demandes de remboursement (p. ex., documents justificatifs);
- les pratiques commerciales des fournisseurs relatives à la documentation, aux dossiers et à la rétention des documents;
- les actions des fournisseurs qui peuvent contrevenir aux pratiques acceptables de distribution ou de facturation.

Dans le cadre des activités de vérification, le vérificateur a le pouvoir de demander tout document relatif aux demandes de remboursement des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, y compris, mais sans s'y limiter, les documents suivants :

- tout document qu'un vérificateur juge en lien avec les prestations, les pratiques de facturation, les pratiques commerciales, la soumission des demandes de remboursement et le paiement des prestations en vertu des Régimes; et
- tout document qui pourrait aider un vérificateur à détecter les cas de non-conformité aux lois, règlements ou politiques régissant les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, et à y donner suite.

## b. Conformité des fournisseurs

Les fournisseurs sélectionnés pour une vérification sont tenus de se conformer aux demandes suivantes :

- donner accès aux documents électroniques ou sur papier que le vérificateur juge nécessaires aux fins de l'inspection et permettre l'inspection de ceux-ci; et
- répondre aux questions posées concernant tout document mentionné ci-dessus, ou au sujet de la vérification du fournisseur en général.

Les documents qui ne se trouvent pas dans les locaux doivent être fournis au vérificateur dans un délai raisonnable.

Les actions suivantes sont considérées comme non conformes et peuvent donner lieu à des mesures correctives, pouvant aller jusqu'à la suspension ou l'annulation de l'entente avec le fournisseur participant :

- le fait de ne pas répondre à la demande d'un vérificateur dans un délai raisonnable;
- le fait de fournir des informations fausses ou trompeuses; ou
- le fait d'entraver le déroulement de la vérification du fournisseur ou de la progression de la lettre exposant les conclusions de la vérification.

Le non-respect de l'une des demandes énumérées ci-dessus peut entraîner l'une ou l'ensemble des mesures correctives suivantes :

- le recouvrement des montants non autorisés identifiés lors de la vérification du fournisseur;
- la suspension ou l'annulation de l'entente avec le fournisseur participant;
- la transmission du dossier à l'autorité d'octroi des licences pour une enquête plus approfondie; ou
- une action en justice.

### c. Sélection pour la vérification

L'équipe de vérification des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick peut sélectionner un fournisseur en fonction de différents facteurs, notamment :

- l'information ou les plaintes volontaires présentées par un patient, un bénéficiaire, un membre du public, un fournisseur de soins de santé ou une association professionnelle;
- la répétition d'interprétations erronées ou encore de soumission de demandes de remboursement ou de facturations incorrectes;
- la soumission de demandes de remboursement très rapprochées;
- des niveaux d'utilisation élevés pour un bénéficiaire ou un groupe de bénéficiaires; ou
- des anomalies statistiques détectées lors de la compilation et de l'analyse des données de facturation.

Le type de vérification du fournisseur choisi dépend du niveau et de la gravité du risque ou de la répercussion potentielle que le comportement ou la pratique associés représentent pour les bénéficiaires ou les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Il existe plusieurs types de processus de vérification des fournisseurs.

- i. Vérification ciblée sur pièces :
  - Ce type de vérification est effectué à distance et exige la soumission de documents justificatifs par la pharmacie.
- ii. Vérification sur place :
  - Ce type de vérification est réalisé directement à la pharmacie. Il s'agit d'une enquête approfondie sur les pratiques de soumission d'une pharmacie en particulier.
  - La durée des vérifications sur place varie selon le nombre de demandes de remboursement sélectionnées pour l'examen et l'accessibilité des documents justificatifs (formulaires d'évaluation, ordonnances, orientations, images numérisées et copies papier générées par ordinateur, etc.) relatifs à ces demandes de remboursement.
  - Les documents à l'appui des demandes de remboursement doivent être accessibles pour être examinés durant la vérification sur place. Seuls les documents disponibles au moment de la vérification seront pris en compte.
- iii. Vérification de demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance :
  - Ce type de vérification est effectué à distance sur une base mensuelle et porte sur certaines catégories sélectionnées (p. ex., demandes de remboursement soumises de façon très rapprochée, médicaments composés, vraisemblance) et exige la soumission de documents justificatifs par la pharmacie.

### 3. Résultats de la vérification

Avant de finaliser les vérifications ciblées sur pièces et les vérifications sur place, le vérificateur enverra au fournisseur une lettre préliminaire dans les 90 jours civils suivant la réception des renseignements demandés au fournisseur. Cette lettre décrira les résultats de la vérification et proposera au fournisseur de communiquer avec le vérificateur.

Le fournisseur disposera de 15 jours civils pour répondre aux résultats préliminaires et fournir davantage de renseignements ou de contexte. Le vérificateur aura ensuite 15 jours civils pour envoyer au fournisseur la lettre finale sur les conclusions de la vérification exposant les résultats de l'enquête.

La lettre finale fera état de toutes les conclusions relatives aux pratiques incorrectes ou non conformes en matière de traitement des ordonnances, de gestion et de conservation des données ou des dossiers, de facturation et de distribution. Le cas échéant, le vérificateur fournira une recommandation écrite ou une mesure corrective pour chaque conclusion de la vérification, par rapport à chaque risque identifié.

Si un vérificateur détermine que des montants non admissibles ont été payés à un fournisseur, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick exigeront que le fournisseur les rembourse. Ces montants peuvent être déduits de tout paiement subséquent effectué au fournisseur ou être recouvrés devant un tribunal compétent.

En plus du recouvrement des montants non admissibles, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick peuvent juger approprié d'imposer ou d'entreprendre l'une des mesures correctives suivantes :

- offrir des conseils concernant le traitement des ordonnances, la documentation, la gestion des données et des dossiers, la conservation des données et les comportements en matière de distribution;
- émettre une lettre d'avertissement;
- recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance ou l'intégralité du montant remboursé;
- suspendre ou annuler l'entente du fournisseur participant;
- transmettre le dossier à l'autorité d'octroi des permis pour une enquête plus approfondie;
- intenter une action en justice.

#### 4. Mesures correctives à la suite d'une vérification du fournisseur

Le tableau suivant présente des exemples de conclusions d'une vérification et des mesures correctives qui peuvent être imposées :

Conclusions de la vérification (erreur ou problème constaté)	Mesure*
Documentation incomplète ou manquante concernant une ordonnance de produit composé (p. ex., ordonnances manquantes, signatures manquantes ou factures manquantes pour justifier le prix d'achat réel [PAR, etc.]	Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.
Documentation incomplète ou manquante concernant une demande de remboursement soumise dans le cadre du régime pour les services en pharmacie	Recouvrer le montant total payé pour le service.
Ingrédients surfacturés dans une ordonnance de produit composé	Récupérer l'excédent du prix d'achat réel du produit composé, à moins qu'il ne soit justifié par des factures valables pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.
Médicament non couvert ou DIN incorrect soumis	Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.
Le nom complet du patient est manquant ou ne correspond pas au nom transmis pour le remboursement	Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant. Le pharmacien a la possibilité de fournir les preuves corroborantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom et prénom</li> <li>• Nom de famille marital (au besoin)</li> <li>• Alias (si connu)</li> <li>• Date de naissance</li> </ul>
Demande de remboursement soumise/payée pour le patient, lorsque la date du service est postérieure à la date du décès du patient (à moins que les Régimes de médicaments du N.-B. ne l'autorisent)	Recouvrer le coût des médicaments.

Conclusions de la vérification (erreur ou problème constaté)	Mesure*
Nom du médicament non indiqué sur l'ordonnance	Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.
Absence de l'ordonnance originale et de la copie papier/du document numérisé des renouvellements	Recouvrer le coût des médicaments et les honoraires professionnels pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.
Renouvellement trop hâtif	Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour tous les renouvellements subséquents hâtifs, sauf si des documents à l'appui et un code d'intervention approprié justifient le renouvellement hâtif (c'est-à-dire avant que 80 % de la quantité n'aient été utilisée).
Aucune quantité n'est indiquée sur l'ordonnance ou la quantité délivrée diffère de celle indiquée sur l'ordonnance.	<p>Recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant, à moins que la quantité réclamée soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le seul format fabriqué, et que ce dernier ne puisse pas être divisé (p. ex., inhalateurs);</li> <li>• implicite dans les directives du médecin (p. ex., trois par jour x 10 jours = 30);</li> <li>• pour une préparation extemporanée avec des documents justificatifs précisant la quantité délivrée (p. ex., en raison de problèmes de stabilité, discussion avec le client, etc.);</li> <li>• pour un contraceptif oral, auquel cas l'historique est suffisant;</li> <li>• à la suite de l'adaptation d'une ordonnance, auquel cas toutes les exigences provinciales pertinentes sont respectées, y compris les documents requis.</li> </ul>
Signature du prescripteur : (i) Signature manquante (ii) Ordonnance verbale non documentée	(i) Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant.  (ii) Recouvrer le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les

Conclusions de la vérification (erreur ou problème constaté)	Mesure*
	renouvellements, le cas échéant, sauf s'ils sont clairement documentés (p. ex., ordonnance verbale) et si le nom du prescripteur est indiqué.
Ordonnance expirée ou renouvellements dépassant la quantité autorisée	Recouvrer le montant total payé pour les renouvellements excédentaires, sauf si la continuité des soins est autorisée par les règlements et que les exigences pertinentes sont respectées.
Lots ou cycles pour lesquels les frais d'exécution ont été remboursés dans leur intégralité plus souvent que ce qui est autorisé	Recouvrer la partie applicable des frais d'exécution d'ordonnance.
Demande de remboursement soumise qui n'est pas conforme à la Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement	Recouvrer la partie applicable des frais d'exécution d'ordonnance.
Quantité facturée incorrectement (de façon non conforme à ce qui est indiqué sur la <a href="#">page Web de soumission des demandes de règlement</a> )	Recouvrer le coût du produit et la majoration excédentaire, sauf s'ils sont étayés par des factures valides.
ID du prescripteur ou numéro de référence invalide	Recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant. Le pharmacien a la possibilité de répondre en transmettant les bonnes informations.
Prix incorrect	Recouvrer le coût du produit et la majoration excédentaire, sauf s'ils sont étayés par des factures valides.
Demande d'annulation de la demande de remboursement qui n'a pas été envoyée au responsable du traitement des demandes	Recouvrer le coût du produit, de la majoration et les frais d'exécution d'ordonnance.
Article non récupéré par le bénéficiaire dans les 30 jours suivant la date de la demande de remboursement	Recouvrer le coût du produit et de la majoration.

Conclusions de la vérification (erreur ou problème constaté)	Mesure*
Les directives sont manquantes	Recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant, sauf si les directives ont été clarifiées avec le prescripteur, étayées par des informations sur l'emballage ou établies par une référence fiable et sont documentées.
Nombre de jours de provision qui ne reflète pas les directives	Recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, le cas échéant, sauf si l'ordonnance répond aux exigences de la <i>Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement</i> .
La quantité a été réduite	Recouvrer les frais d'exécution d'ordonnance pour l'ordonnance originale et les renouvellements, sauf si la stabilité limite la quantité délivrée ou s'il existe une documentation appropriée, comme indiqué dans la <i>Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement</i> .
Soumission invalide d'une demande de remboursement pour un examen PharmaConsulte <sup>MC</sup> NB	Recouvrer le montant total payé.
Soumission invalide d'une demande de remboursement pour des services en pharmacie	Recouvrer le montant total payé.
Tout comportement, erreur ou omission entraînant des coûts excessifs pour les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick	Recouvrement, action en justice, transmission à l'autorité d'octroi des permis, ou suspension ou annulation de l'entente avec le fournisseur participant.
Tout comportement, erreur ou omission entraînant ou pouvant entraîner une menace pour la continuité et l'intégrité des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick	Recouvrement, action en justice, transmission à l'autorité d'octroi des permis, ou suspension ou annulation de l'entente avec le fournisseur participant.
Tout comportement, omission ou tendance suggérant une intention délibérée de frauder les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et le ministère de	Recouvrement, action en justice, transmission à l'autorité chargée de délivrer les licences et annulation de l'entente avec le fournisseur participant.

Conclusions de la vérification (erreur ou problème constaté)	Mesure*
la Santé du Nouveau-Brunswick ou les bénéficiaires de plus de 5 000 \$	

\*La liste ci-dessus n'est pas exhaustive. Le vérificateur peut appliquer des mesures différentes ou supplémentaires en fonction du volume d'erreurs et du risque connexe pour les bénéficiaires ou les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

## 5. Demande de réexamen

### a. Vérification sur pièces ciblées et vérification sur place

Après réception de la lettre finale des conclusions de la vérification, le fournisseur dispose de trente (30) jours civils pour soumettre une demande écrite de réexamen des conclusions de la vérification. En même temps que la demande de réexamen, le fournisseur doit soumettre toute documentation supplémentaire qui pourrait appuyer, justifier ou valider le réexamen officiel des résultats de la vérification.

Le vérificateur remettra au fournisseur une confirmation écrite des résultats du réexamen dans les trente (30) jours civils suivant la réception de la demande. Les résultats d'un réexamen officiel peuvent comprendre l'un des éléments suivants :

- certaines ou toutes les conclusions de la vérification initiale sont confirmées; tous les montants non admissibles dus sont recouverts et toute recommandation ou mesure corrective supplémentaire est mise en œuvre; ou
- certaines ou toutes les conclusions de la vérification initiale sont corrigées et les mesures demandées à la suite de la vérification (p. ex., montants non admissibles dus, recommandations, mesures correctives, pénalités, etc.) sont ajustées.

### b. Vérification des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance

Après réception de la lettre de vérification des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance, les fournisseurs disposent de trente (30) jours civils pour soumettre une demande écrite de réexamen des montants recouvrables. La demande de réexamen doit être accompagnée de tout document supplémentaire susceptible de justifier ou de confirmer le réexamen officiel des résultats de la vérification.

Le vérificateur confirmera par écrit au fournisseur les résultats du réexamen dans un délai de trente (30) jours civils à compter de la réception de la demande. Les résultats d'un réexamen officiel peuvent inclure l'un des éléments suivants :

- Certaines ou toutes les constatations de la lettre de vérification des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance sont corrigées et les mesures demandées à la suite de la vérification (p. ex. montants non admissibles dus, recommandations, mesures correctives, pénalités, etc.) sont ajustées.

## 6. Demande d'examen par le Comité d'examen des résultats d'inspection

Un fournisseur participant peut soumettre une demande écrite d'examen par le Comité d'examen des résultats d'inspection dans les trente (30) jours civils suivant la réception des résultats du réexamen officiel. Cette demande doit être adressée à la directrice générale des Services pharmaceutiques du ministère de la Santé :

À l'attention de : Directrice générale, Services pharmaceutiques  
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick  
Place HSBC  
C.P. 5100  
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

Sur réception d'une demande officielle d'examen, les conclusions de la vérification seront examinées par le Comité d'examen des résultats d'inspection.

Le Comité d'examen des résultats d'inspection est composé de quatre (4) membres votants et d'un membre non votant :

- trois (3) pharmaciens, qui ne sont pas des employés du ministère de la Santé, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil;
- un comptable professionnel agréé (qui assure la présidence du Comité), nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil;
- Un employé du ministère de la Santé qui soutient le travail du Comité (sans droit de vote).

Une décision du Comité d'examen des résultats d'inspection peut confirmer ou modifier les résultats de l'inspection et doit être conforme à la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* et à la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux*, ainsi qu'à leurs règlements respectifs et aux politiques applicables.

Le Comité d'examen des résultats d'inspection envoie sa décision au fournisseur participant dans les soixante (60) jours suivant la réception de la demande d'examen.

Dans les soixante (60) jours de la réception de la décision du Comité d'examen, le fournisseur participant peut en interjeter appel à un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick, conformément aux règles du tribunal.

## 7. Glossaire

**Appel** : demande écrite de réexamen des conclusions initiales de la vérification ou des résultats officiels du réexamen, ou des recommandations ou mesures correctives subséquentes.

**Bénéficiaire** : personne qui est jugée admissible aux services assurés et qui est inscrite à l'un des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

**Comité d'examen des résultats de l'inspection** : comité formé de quatre (4) membres votants, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil (Santé), pour traiter les appels des vérifications.

**DIN** : numéro d'identification du médicament; un numéro à huit chiffres attribué par Santé Canada pour identifier de manière unique tout produit vendu sous forme pharmaceutique, et comprenant le fabricant, le nom du produit, le ou les ingrédients actifs, la concentration du ou des ingrédients actifs, la forme pharmaceutique et la voie d'administration.

**Fournisseur** : pharmacie ou autre établissement de soins de santé tel que prescrit par la réglementation.

**Jour civil** : période de 24 heures consécutives, comprenant les fins de semaine et les congés.

**NIP** : numéro d'identification du produit.

**Ordonnance** : ordonnance de traitement du prescripteur, indiquant le produit prescrit, la forme pharmaceutique et la concentration, la quantité à délivrer, le régime posologique que le patient doit suivre pour le produit prescrit, et également si des renouvellements sont indiqués. L'ordonnance doit être datée et signée par un prescripteur autorisé et agréé.

**Ordonnance originale** : première instance ou première exécution de toute ordonnance, que celle-ci concerne ou non un nouveau traitement pour le patient.

**Pharmacie** : lieu d'affaires qui détient un certificat d'accréditation valide en vertu de la *Loi concernant l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick*, ou qui exerce ses activités à l'extérieur du Nouveau-Brunswick et qui est autorisé ou accrédité comme pharmacie dans cette juridiction.

**Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)** : groupe de régimes de médicaments qui couvrent des médicaments précis pour des groupes de bénéficiaires admissibles.

**Prescripteur** : professionnel de la santé qui est autorisé par la réglementation à fournir des services de soins de santé et à prescrire des traitements (p. ex., médecins, pharmaciens, optométristes, dentistes, infirmières, podiatres et sages-femmes).

**Prestation** : service assuré qui est fourni à un bénéficiaire de l'un des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick ou remboursement du coût ou d'une partie du coût d'un service assuré.

**Réexamen officiel** : appel des conclusions initiales de la vérification.

**Régime médicaments du Nouveau-Brunswick** : régime d'assurance médicaments basé sur le revenu qui offre une couverture aux résidents du Nouveau-Brunswick admissibles qui ne sont pas assurés et qui détiennent une carte d'assurance-maladie valide.

**Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick** : le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, et d'autres régimes de médicaments gouvernementaux.

**Services de distribution** : services professionnels exécutés par un fournisseur en lien avec la prestation de services assurés (p. ex., la délivrance et la préparation de médicaments, etc.).

**Signature** : preuve électronique (p. ex., mot de passe, code, image, empreinte, nom ou initiales saisis en caractères d'imprimerie) ou manuscrite d'identité et d'intention.

**Vérificateur** : inspecteur nommé par le ministère de la Santé en vertu des lois et règlements régissant les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

**Vérification** : diverses activités d'enquête servant à évaluer si les demandes de remboursement soumises sont conformes aux pratiques légales en matière d'exécution des ordonnances, de soumission des demandes, de facturation et de rapports.

**Vérification sur pièces** : enquête interne sur les documents, les données et les pièces justificatives des fournisseurs concernant la soumission des demandes de remboursement, sur papier ou sous forme électronique.

**Vérification sur place** : enquête en personne, sur le lieu où le fournisseur exerce ses activités.