

Le 26 juillet 2021

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Demande d'accès du 3 juin 2021
N/D : 218953DAJ

Madame,

En réponse à votre demande du 3 juin dernier, vous trouverez ci-joint les politiques, lignes directrices et directives de la CNESST concernant le remboursement de médicaments aux travailleurs, lesquelles s'appliquent au remboursement de médicaments de types opioïdes/opiacés.

Conformément aux articles 53 et 54 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, ces documents ont été élagués et dépersonnalisés et afin de protéger le caractère personnel et confidentiel de certains renseignements qu'ils contiennent.

Nous devons vous informer que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Nous joignons une note explicative concernant l'exercice de ce recours.

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le substitut de la responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels,



Rose-Marie Giroux Fortin, Avocate
rose-marie.girouxfortin@cnesst.gouv.qc.ca
Tél. : 418 266-4900, poste 7291
Télec. : 418-528-7245

RMGF

p. j.

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741
Télec : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196
Télec : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

L.R.Q., chapitre A-2.1

**LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES
ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS**

**CHAPITRE III
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**SECTION I
CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS**

53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation; si cette personne est mineure, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis-clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

1982, c. 30, a. 53; 1985, c. 30, a. 3; 1989, c. 54, a. 150; 1990, c. 57, a. 11; 2006, c. 22, a. 29.

L.R.Q., chapitre A-2.1

**LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES
ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS**

**CHAPITRE III
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**SECTION I
CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS**

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier.

1982, c. 30, a. 54; 2006, c. 22, a. 110.

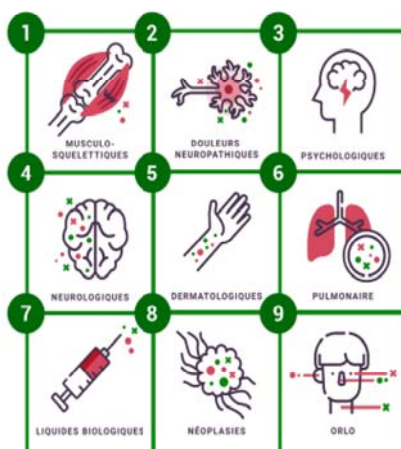
AIDE-MÉMOIRE ATTRIBUER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Inscription d'un diagnostic

- Tous les diagnostics doivent être saisis, qu'ils soient acceptés ou refusés, y compris les nouveaux diagnostics. L'utilisation de l'application « Accès au régime » permet le transfert de l'information dans la pièce « *Diagnostics de l'événement* ».

Détermination du ou des profils de couverture

Les Profils de couvertures de médicaments



Musculosquelettiques
Douleurs neuropathiques
Psychologiques
Neurologiques
Dermatologiques
Pulmonaires (MPP)
Exposition à des liquides biologiques
Néoplasies
ORLO (oto-rhino-laryngo-ophtalmique)

- Un diagnostic peut avoir plus d'un profil de couverture.
- Les CI peuvent se référer au support-conseil assistance médicale pour toute question concernant l'adéquation « lésion-couverture » des diagnostics.

Attribuer une couverture de médicaments

- **Règles d'affaires : Inscrire un 1^{er} profil de couverture dès l'admissibilité si :**
 - La réclamation est acceptée; et
 - Le dossier est non finalisé à l'admissibilité ou finalisé avec un frais de médicament.
- Lorsqu'il y a diagnostics multiples à l'accès au régime, s'assurer d'inscrire les couvertures nécessaires pour tous les diagnostics.
- En cours de suivi, selon les médicaments hors couverture réclamés au dossier, des médicaments (DIN) pourront être ajoutés afin de bonifier la couverture personnalisée du travailleur.

Le pôle d'expertise médicament

- Une nouvelle **entité sera** mise en place avec la solution applicative soutenant le Programme médicaments : le *Pôle d'expertise médicaments*. Il sera composé d'un pharmacien-conseil et de quelques personnes en soutien.

Le Pôle sera responsable de :

- Tenir à jour les Profils de médicaments;
 - Recommander l'ajustement des couvertures personnalisées des réclamants;
 - Analyser et faire des recommandations dans les dossiers faisant l'objet d'un suivi de consommation de médicaments opioïdes.
-
- Un médicament hors couverture doit faire l'objet d'une recommandation du Pôle d'expertise.

Politique 5.03

Les médicaments et autres produits pharmaceutiques

Objectif

Énoncer les médicaments et les produits pharmaceutiques reconnus par la CNESST ainsi que les normes de remboursement applicables

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 188, 189(3), 194 et 212

Loi sur la pharmacie

Code civil du Québec, article 2925

Résumé de la politique

Dans cette politique, par « professionnels de la santé », on entend les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens au sens de la LAM, comme énoncé à l'article 2 de la LATMP, ainsi que tout autre professionnel au sens du Code des professions et déterminé par règlement par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur qui a subi une lésion professionnelle a droit au remboursement des médicaments et autres produits pharmaceutiques lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui en a charge, dans le respect de son champ de compétence, et lorsqu'ils sont en relation avec la lésion professionnelle.

Énoncés de la politique

1. Médicaments

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur ayant subi une lésion professionnelle a droit au remboursement des médicaments que nécessite son état.

[LATMP, article 188](#)

[LATMP, article 189\(3\)](#)

Le coût d'achat est à la charge de la CNESST. Aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit.

[LATMP, article 194](#)

Les médicaments font partie de la nature des soins ou des traitements administrés ou prescrits. La CNESST est liée par les conclusions du professionnel de la santé qui a charge à ce sujet, sous réserve d'une contestation ou d'une demande d'avis au Bureau d'évaluation médicale.

[LATMP, article 212](#)

[Voir politique 7.02 : Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

1.1 Définition de « médicament »

Le terme « médicament » est défini dans la Loi sur la pharmacie ([article 1](#)) comme étant « toute substance ou tout mélange de substances pouvant être employé :

- au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique ou psychique anormal, ou de leurs symptômes, chez l'homme [...]; ou
- en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques chez l'homme [...].

La CNESST reconnaît comme médicaments les substances homologuées par Santé Canada auxquelles un numéro d'identification d'un médicament (DIN) a été attribué.

1.2 Normes de remboursement

La CNESST rembourse le coût d'un médicament s'il satisfait à ces trois conditions :

- il possède un DIN attribué par Santé Canada;
- il est en relation avec la lésion professionnelle;
- il est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, dans le respect des champs de compétence du professionnel.

Le travailleur pourra se prévaloir du service de remboursement automatisé des frais de médicaments en pharmacie ou transmettre ses pièces justificatives pour recevoir un remboursement en différé.

La LATMP ne spécifie aucun délai pour demander le remboursement des frais de médicaments par l'envoi des pièces justificatives ou par l'utilisation du service de remboursement automatisé des frais de médicaments en pharmacie. La CNESST applique le délai maximal de trois ans prévu au Code civil du Québec, à moins d'un motif valable. Ce délai débute à compter de la date d'achat du médicament.

1.3 Médicaments prophylactiques

La CNESST rembourse des médicaments prophylactiques lors d'une exposition en milieu de travail à des liquides biologiques afin de prévenir l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de l'hépatite B (VHB).

Compte tenu de l'urgence qu'exige la situation et du coût élevé du traitement, la CNESST autorise les pharmaciens à lui facturer le coût de cette médication **avant** qu'elle se prononce sur l'admissibilité de la réclamation.

[Voir politique 1.02 : Admissibilité de la lésion professionnelle](#)

2. Produits pharmaceutiques

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur ayant subi une lésion professionnelle a droit au remboursement des produits pharmaceutiques que nécessite son état.

[LATMP, article 188](#)

[LATMP, article 189\(3\)](#)

Le coût d'achat est à la charge de la CNESST. Aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit.

[LATMP, article 194](#)

2.1 Définition de « produit pharmaceutique »

La CNESST reconnaît comme produits pharmaceutiques les produits suivants disponibles en pharmacie :

- les fournitures de premiers soins (ex. : diachylons, compresses, gants, désinfectants);
- les instruments médicaux (ex. : masques, bouillottes, seringues);
- les articles sanitaires et d'hygiène (ex. : couches/culottes).

La CNESST ne considère pas comme produits pharmaceutiques, même s'ils sont disponibles en pharmacie, les produits suivants :

- les aides à la locomotion (ex. : fauteuils roulants, marchettes, cannes);
- les aides à la vie quotidienne (ex. : objets adaptés, appareils de salle de bain);
- les aides à la thérapie (ex. : neurostimulateurs transcutanés [TENS], tractions cervicales);

- les aides à la communication (ex. : amplificateur téléphonique).

Les frais pour ces articles sont compris dans les autres frais déterminés par la CNESST à l'article 189(5) de la LATMP.

[Voir politique 5.05 : Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais déterminés par la CNESST](#)

2.2 Normes de remboursement

La CNESST rembourse le coût d'un produit pharmaceutique, s'il satisfait à ces deux conditions :

- il est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, dans le respect des champs de compétence du professionnel;
- il est en relation avec la lésion professionnelle.

Toutefois, si le produit pharmaceutique n'est pas prescrit, la demande de remboursement doit être analysée pour déterminer si le produit est lié directement au traitement de la lésion professionnelle ainsi qu'à l'atténuation de ses conséquences.

Actuellement, le remboursement automatisé en pharmacie n'est pas disponible pour tous les produits pharmaceutiques. Lorsqu'applicable, le travailleur pourra se prévaloir de ce service pour le remboursement de ses produits pharmaceutiques. Autrement, le travailleur devra transmettre ses pièces justificatives pour recevoir un remboursement en différé.

La LATMP ne spécifie aucun délai pour demander le remboursement des frais des produits pharmaceutiques par l'envoi des pièces justificatives ou par l'utilisation du service de remboursement automatisé des frais de médicaments en pharmacie. La CNESST applique le délai maximal de trois ans prévu au Code civil du Québec, à moins d'un motif valable. Ce délai débute à compter de la date d'achat du produit pharmaceutique.

Traitement des frais de médicaments
GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS



TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte et portée du projet	3
Gérer une couverture de médicaments	
• Procédure pour inscrire un diagnostic initial d'un nouvel événement	4
• Procédure pour inscrire un nouveau diagnostic de l'événement	6
• Procédure pour modifier le statut d'un diagnostic de l'événement	8
• Procédure pour consulter l'historique des statuts d'un diagnostic	10
• Procédure pour inscrire une couverture de médicaments	13
• Procédure pour rechercher le DIN d'un médicament	16
• Procédure pour fermer une couverture de médicaments	17
• Procédure pour réactiver une couverture de médicaments	19

MISE EN CONTEXTE ET PORTÉE DU PROJET

Par ce projet, la CNESST souhaite mettre en place des améliorations au traitement des frais de médicaments afin notamment d'alléger le processus de réclamation pour les travailleurs, les pharmacies et la clientèle de l'IVAC. En partenariat avec la RAMQ, la solution qui sera mise en œuvre permettra le remboursement automatisé en pharmacie des médicaments de la clientèle de la CNESST dans l'ensemble des pharmacies du Québec.

Ce projet impliquera la création de couvertures de médicaments personnalisées pour les principaux types de lésions couvertes par la CNESST, ainsi que par l'IVAC. En effet, pour être payé en pharmacie ou remboursé par la CNESST, un médicament doit être inclus à la couverture personnalisée du travailleur.

Cette couverture personnalisée est d'abord composée d'un ou plusieurs profils de couverture en lien avec le diagnostic. Chaque profil de couverture inclut un ensemble de médicaments autorisables dont l'indication thérapeutique est en lien avec le type de lésion. Un profil de couverture sera attribué, généralement dès l'admissibilité, à l'événement par diagnostic accepté.

Par la suite, selon les médicaments hors couverture réclamés au dossier, des médicaments pourront être ajoutés afin de bonifier la couverture personnalisée du travailleur. À noter qu'un appariement avec la RAMQ se fera lors de l'attribution d'une première couverture au travailleur sur la base de son nom et prénom, sa date de naissance, son sexe et son NAM. Une fois l'appariement complété, la couverture sera transmise à la RAMQ. Une mise à jour des couvertures ajustées s'effectuera ensuite sur une base quotidienne.

Les médicaments inscrits à la liste des médicaments du Régime général d'assurance médicaments publiée par la RAMQ seront favorisés.

Au niveau opérationnel, ce sont six pièces applicatives qui seront intégrées au **Navigateur**:

1. Liste des médicaments;
2. Profils de couvertures de médicaments;
3. Diagnostics de l'événement;
4. Couverture de médicaments;
5. Frais de pharmacie;
6. Rappariement de frais de médicaments.

Une fois le projet implanté, les intervenants de la réparation pourront:

- Gérer les couvertures personnalisées des travailleurs;
- Traiter les frais de médicaments;
- Suivre l'évolution de ces frais et la consommation des médicaments opioïdes.

Ultimement, le nouveau système permettra une baisse du temps de traitement des demandes de remboursement de frais, ainsi qu'une baisse des frais liés à la numérisation et à l'impression de chèques et avis de paiement.

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Dans le Navigateur, ajout d'un bouton dans les fenêtres « Accès au régime avec IRR » et « Accès au régime sans IRR » permettant la navigation vers la pièce « *Couvertures de médicaments* » et accessible uniquement si la lésion est acceptée.



Les fenêtres « *Accès au régime avec et sans IRR* » permettent d'inscrire le diagnostic initial pour un **nouvel événement**.

PROCÉDURE POUR INSCRIRE UN DIAGNOSTIC INITIAL D'UN NOUVEL ÉVÉNEMENT

1

Inscrire un diagnostic initial dans « Accès au régime avec IRR » ou « Accès au régime sans IRR » lors d'un nouvel événement

1.1

L'agent à l'admissibilité doit tout d'abord traiter l'admissibilité. Si la lésion est acceptée : cliquer sur « *Couverture de médicaments* » pour inscrire un profil de couverture.

Responsables : agents d'indemnisation

Règle d'affaires :

- Tous les diagnostics doivent être saisis, qu'ils soient acceptés ou refusés. Lorsqu'ils sont acceptés, vous devez inscrire une couverture pour chacun d'eux

Inscrire une couverture a priori dès l'admissibilité si:

- Admis; et
- Non finalisé à l'admissibilité ou finalisé avec un frais de médicaments.

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

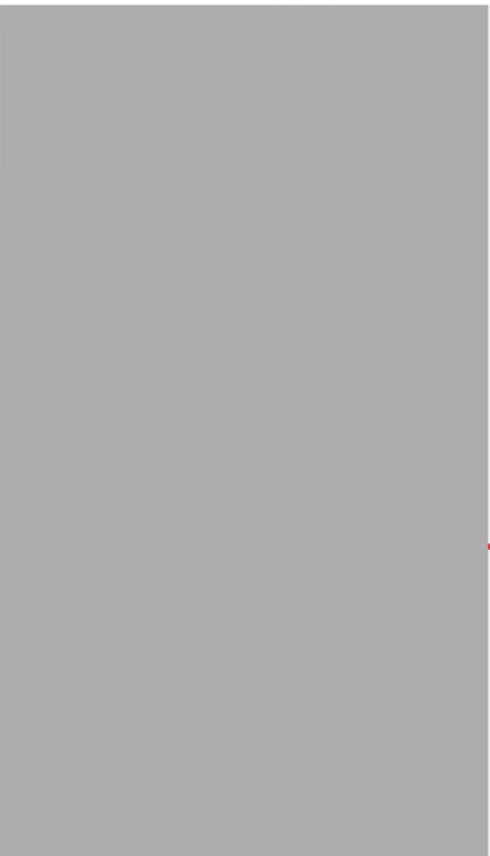
Dans le Navigateur, la pièce « *Diagnostics de l'événement* » permet d'inscrire et de consigner tous les nouveaux diagnostics d'un événement au système de la Réparation. Cette pièce permet également de consulter l'historique des décisions se rapportant à un diagnostic.

CNESST

Systèmes de la Réparation



Accessible dans le Navigateur, la pièce « *Diagnostics de l'événement* » permet d'inscrire un **nouveau diagnostic**.



GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Systèmes de la Réparation

Détail du diagnostic

Création

- Diagnostic
- Statut Accepté Refusé
- Date
- Explication

Annuler Enregistrer

Diagnostic	Statut	Date	Explication
La liste est vide			

Ce service en ligne est sécurisé et assure la confidentialité et l'intégrité des informations.
© CNESST, 2016-2019 Accessibilité Politique de confidentialité

Soutien technique (CSU)
Tél : 418 266-4422

PROCÉDURE POUR INSCRIRE UN NOUVEAU DIAGNOSTIC DE L'ÉVÉNEMENT

2

Inscrire un nouveau diagnostic dans la pièce « *Diagnostics de l'événement* »

Responsables : agents d'indemnisation

Règle d'affaires :

- Tous les diagnostics doivent être saisis, qu'ils soient acceptés ou refusés. Lorsqu'ils sont acceptés, vous devez inscrire une couverture pour chacun d'eux

2.1

Cliquer sur « Ajouter » pour inscrire le diagnostic dans le tableau.
Note : Inscrire un diagnostic par ligne.

2.2

Dans la fenêtre « Création », remplir les champs descriptifs : *Diagnostic, Statut, Date et Explication*.

Notes :

- Au champs « *Date* » : inscrire la date d'émission du nouveau diagnostic sur le rapport médical ou de la contestation médicale.
- Au champs « *Explication* » : sélectionner soit nouveau diagnostic, article 31 LATMP, révision administrative, contestation médicale, Tribunal administratif ou reconsidération.

2.3

Cliquer sur « Enregistrer ».

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Dans le Navigateur, la pièce « Diagnostics de l'événement » permet de modifier le statut d'un diagnostic de l'événement.

Systèmes de la Réparation

Détail du diagnostic

Historique des statuts - Hernie discale L5-S1

Statut	Date	Explication
Accepté	2017-01-10	Nouveau diagnostic

Modification

- * Diagnostic:
- * Statut: Accepté Refusé
- * Date:
- * Explication: 3.3

3.2

3.3

Ce service en ligne est sécurisé et assure la confidentialité et l'intégrité des informations. Soutien technique (CSU)
© CNESST, 2016-2019 Accessibilité [A](#) Politique de confidentialité [P](#) Tél : 418 266-4422

PROCÉDURE POUR MODIFIER LE STATUT D'UN DIAGNOSTIC DE L'ÉVÉNEMENT

3 Modifier le statut d'un diagnostic dans la pièce « *Diagnostics de l'événement* »

Responsables : agents d'indemnisation

3.1 Cliquer sur le diagnostic à modifier dans le tableau des Nouveaux diagnostics.

Une fenêtre en mode « Modification » s'affiche afin d'inscrire le nouveau statut du diagnostic.

3.2 Modification :

1. Au champs diagnostics : s'assurer que c'est bien celui dont vous devez modifier le statut
2. Inscrire le nouveau statut : accepté ou refusé
3. Au champs « *Date* » : *inscrire la date d'émission* du nouveau diagnostic sur le rapport médical ou de la contestation médicale
4. Au champs « Explication », indiquer le motif expliquant l'origine du nouveau statut : nouveau diagnostic, article 31 LATMP, révision administrative, contestation médicale, Tribunal administratif, et reconsidération.

3.3 Puis « Enregistrer ».

Notes :

- ❖ En ce qui concerne le diagnostic initial, la modification doit se faire dans RADM-MDA.
- ❖ Si le nouveau statut est refusé : il y aura une fermeture automatique des couvertures inscrites sous ce diagnostic.
- ❖ Pour rafraîchir les informations de la pièce, cliquer sur la touche « F5 ».

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Dans le Navigateur, la pièce « Diagnostics de l'événement » permet de consulter l'historique des statuts d'un diagnostic de l'événement.

Systèmes de la Réparation

Détail du diagnostic

Historique des statuts - Hernie discale L5-S1

Statut	Date	Explication
Accepté	2017-01-10	Nouveau diagnostic

Modification

- * Diagnostic:
- * Statut: Accepté Refusé
- * Date:
- * Explication:

Ce service en ligne est sécurisé et assure la confidentialité et l'intégrité des informations. Soutien technique (CSU)
© CNESST, 2016-2019 Accessibilité Politique de confidentialité Tél : 418 266-4422

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

PROCÉDURE POUR CONSULTER L'HISTORIQUE DES STATUTS D'UN DIAGNOSTIC

4 Consulter l'historique des statuts d'un diagnostic dans la pièce « *Diagnostics de l'événement* »

Responsables : agents d'indemnisation

4.1 Cliquer sur le diagnostic dont les statuts sont à consulter dans le tableau. Une page secondaire s'affiche en mode consultation.

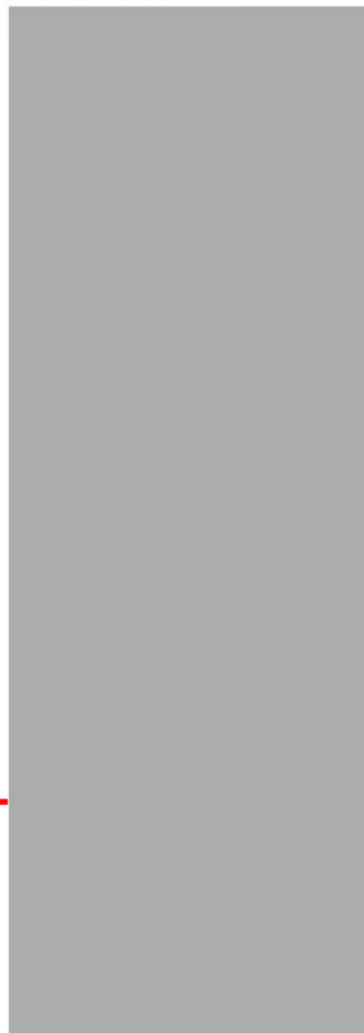
4.2 Pour voir l'historique : cliquer sur le « + » qui se trouve devant « *Historique des statuts* ».

4.3 Cliquer sur le « X » en haut à droite pour quitter la page secondaire.

Note :

- ❖ Les statuts du diagnostic sont présentés avec la date d'émission du nouveau diagnostic sur le rapport médical, de la contestation médicale, de la révision administrative, du Tribunal administratif ou de la reconsidération.

Dans le Navigateur, la pièce « Couverture de médicaments » permet de traiter les couvertures de médicaments dans le cadre d'un dossier de la LATMP ou de la LAT. L'intervenant pourra inscrire, fermer et réactiver des couvertures associées aux diagnostics d'un événement dans le dossier du travailleur.



GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

CNESST

Systèmes de la Réparation



CNESST

Systèmes de la Réparation



GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

CNESST Systèmes de la Réparation

Couverture d'un diagnostic

Création
Diagnostic : Hernie discale L5 **5.3.1**

Type de couverture Profil DIN

Profil **5.3.2**

- Sélectionner un profil -
- Musculosquelettiques
- Neuropathiques
- Psychologiques
- Neurologiques
- Dermatologiques
- Pulmonaires
- Néoplasies
- Oto-Rhino-Laryngo-Ophtalmique (ORLO)
- Liquides biologiques

Nom du médicament

Date début couverture

Terminer une couverture

Date fin couverture aaaa-mm-jj

Justification - Sélectionner une justification -

Annuler Réactiver **Enregistrer**

CNESST Systèmes de la Réparation

Couverture d'un diagnostic

Création
Diagnostic : Hernie discale L5 **5.3.1**

Type de couverture Profil DIN

Profil **5.3.2** Musculosquelettiques

DIN

Nom du médicament

Date début couverture 2017-05-12 aaaa-mm-jj **5.3.3**

Liste des médicaments

Terminer une couverture

Date fin couverture aaaa-mm-jj

Justification - Sélectionner une justification -

Annuler Réactiver **Enregistrer** **5.5**

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Couverture d'un diagnostic

Création
Diagnostic : Contusion lombaire 5.4.1

* Type de couverture Profil DIN

Profil 5.4.2 - Sélectionner un profil - 5.4.3

DIN 02301482 Rechercher 5.4.3

Nom du médicament CYMBALTA 30 MG Capsule (à libération reta... 5.4.4

Liste des médicaments

Date début couverture 2014-11-09 aaaa-mm-jj 5.4.4

Terminer une couverture

Date fin couverture aaaa-mm-jj

Justification - Sélectionner une justification - 5.5

PROCÉDURE POUR INSCRIRE UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

5 Inscrire une couverture de médicaments dans la pièce « *Couverture de médicaments* »

Responsables : agents d'indemnisation

Règle d'affaires :

Inscrire une couverture a priori dès l'admissibilité si:

- **Admis; et**
- **Non finalisé à l'admissibilité ou finalisé avec un frais de médicaments.**

5.1 Sélectionner le diagnostic pour lequel vous voulez attribuer une couverture dans la liste déroulante.

5.2 Cliquer sur « Ajouter » pour créer la couverture dans le tableau.

5.3 Scénario 1 :

Création d'une couverture de médicaments par « profil de couverture » :

5.3.1 Sélectionner « Profil » ;

5.3.2 Sélectionner un profil de couverture en fonction du diagnostic accepté (menu déroulant);

5.3.3 Au champs **Date**: la date de début de la couverture est inscrite par défaut. Il s'agit de celle saisie pour le diagnostic avec le statut « Accepté » dans la pièce « *Diagnostics de l'événement* » ou de la date de l'événement pour le diagnostic initial.

5.4 Scénario 2 :

Création d'une couverture de médicament par « DIN » :

5.4.1 Sélectionner « DIN » ;

5.4.2 Au champs **DIN**: Inscrire le numéro à 8 chiffres du médicament;

5.4.3 Sélectionner « Rechercher » puis le nom du médicament s'inscrira;

5.4.4 Au champs **Date**: Modifier la date inscrite par défaut par la date de la prescription du médicament hors couverture.

5.5 Puis « Enregistrer ».

À noter qu'il est possible d'inscrire une date de fin de couverture le cas échéant, en indiquant dans le champ « Justification » le motif expliquant la fin de la couverture.

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

À noter que la pièce « Couverture de médicaments » permet d'avoir accès à une aide contextuelle recensant des exemples d'adéquation « lésion-couverture » des diagnostics.

CNESST

Systemes de la Réparation



Dans le Navigateur, la pièce « Liste des médicaments » permet de rechercher le DIN d'un médicament.



GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS



Systemes de la Réparation

Liste des médicaments

Aide

Rechercher

* Provenance RGAM Santé Canada
* Critère DIN Marque commerciale Dénomination commune
* Valeur

Rechercher

Résultat de la recherche : 2 lignes

DIN	Marque commerciale	Dénomination commune	Teneur	Fabricant	Classe AHFS	Date de
02301482	Cymbalta	duloxétine	30 mg	Lilly	28:16.04	2007-11
02301490	Cymbalta	duloxétine	60 mg	Lilly	28:16.04	2007-11

« 1 »

Ce service en ligne est sécurisé et assure la confidentialité et l'intégrité des informations.
© CNESST, 2016-2019 | Accessibilité | Politique de confidentialité

Soutien technique (CSU)
Tél : 418 266-4422

Détails du médicament

DIN : 02301482
Cymbalta 30 mg Caps. L.A.

Marque commerciale
Fabricant
Provenance
Date de début
Date de fin

Description du médicament

Classe AHFS
Dénomination commune
Teneur
Forme
Type
Nature
Catégorie
Prix unitaire

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

PROCÉDURE POUR RECHERCHER LE DIN D'UN MÉDICAMENT

6 Rechercher le DIN d'un médicament dans la pièce
« *Liste des médicaments* »

Responsables : agents d'indemnisation

6.1 Dans la page secondaire « Création » de couverture de médicament : cliquer sur « *Liste des médicaments* ».

6.2 Au champs Valeur: Inscrire le nom du médicament

6.3 Puis cliquer sur « *Rechercher* »

6.4 Au tableau résultat de la recherche: Cliquer sur le DIN du médicament approprié.

6.5 Une page secondaire « Détails du médicament » s'ouvre. Copier le numéro du DIN et aller le coller dans le champs *DIN* dans la page secondaire « Création » de couverture de médicament.

NOTES : Pour copier le DIN, vous pouvez appuyer sur le bouton suivant :

Résultat de la recherche : 1 lig

10 20 50 Tous

DIN	Marque commerciale
80019011	Bio-Sennosides



Dans le Navigateur, la pièce « Couverture de médicaments » permet de fermer une couverture de médicaments.

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Systèmes de la Réparation

Couverture d'un diagnostic

Modification
Diagnostic : Contusion lombaire

* Type de couverture Profil DIN

Profil - Sélectionner un profil -

DIN 2301482 Rechercher

Nom du médicament CYMBALTA 30 MG Capsule (à libération reta...
Liste des médicaments

Date début couverture 2014-11-09 aaaa-mm-jj

Terminer une couverture

Date fin couverture 2015-01-06 aaaa-mm-jj

Justification - Sélectionner une justification -
Couverture Post-opérateur
Erreur de saisie
Fermeture manuelle

Annuler Réactiver Enregistrer

PROCÉDURE POUR FERMER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

7 Fermer une couverture de médicaments dans la pièce « Couvertures de médicaments »

Responsables : agents d'indemnisation

Règle d'affaires :

Fermeture automatique d'une couverture de médicaments si :

- Décès du travailleur;
- Fin du droit à l'assistance médicale;
- Refus de l'événement;
- Refus d'un diagnostic dans la pièce Diagnostic de l'événement;
- Dossier duplicata.

7.1 Sélectionner le diagnostic en lien avec la couverture à fermer dans la liste des diagnostics du travailleur (liste déroulante).

7.2 Sélectionner la couverture ou le médicament à fermer dans le tableau pour entrer en mode Modification.

Dans la fenêtre « *Modification de la couverture d'un diagnostic* », inscrire la *date de fin de couverture*.

7.3 Dans le champ « *Justification* », indiquer le motif explicitant la fin de la couverture dans la liste déroulante, soit : couverture post-opérateur, erreur de saisie et fermeture manuelle.

7.4 Puis « Enregistrer ».

Note : Il est possible de supprimer une couverture inscrite par erreur le jour même. Si l'inscription a eu lieu par erreur, il y a une journée ou plus, la fermeture de la couverture doit s'effectuer avec une justification « erreur de saisie ».

GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

À noter qu'il est possible d'avoir une vue détaillée de l'ensemble des couvertures de l'événement à partir du bouton « Sommaire » dans la pièce « Couverture de médicaments ».



CNESST

Systèmes de la Réparation



GÉRER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

Dans le Navigateur, la pièce « Couverture de médicaments » permet de réactiver une couverture fermée en mode Modification.

8 Systèmes de la Réparation
Couverture d'un diagnostic

8.1 + Informa
Liste des c

8.2 Ajouter
Couverture
Musculosq
02301482

8.3

Modification
Diagnostic : Hernie discale L5-S1

Type de couverture Profil DIN

Profil - Sélectionner un profil -

DIN 2301482 Rechercher

Nom du médicament CYMBALTA 30 MG Capsule (à libération reta...
[Liste des médicaments](#)

Date début couverture 2017-05-12 aaaa-mm-jj

Terminer une couverture

Date fin couverture 2017-05-12 aaaa-mm-jj

Justification Fermeture manuelle

Annuler Réactiver Enregistrer

PROCÉDURE POUR RÉACTIVER UNE COUVERTURE DE MÉDICAMENTS

8 Réactiver une couverture de médicaments dans la pièce « Couvertures de médicaments »

Responsables : agents d'indemnisation

8.1 Sélectionner le diagnostic en lien avec la couverture à réactiver dans la liste des diagnostics du travailleur (liste déroulante).

8.2 Sélectionner le profil de couverture ou le DIN à réactiver dans le tableau pour entrer en mode Modification.

8.3 Cliquer sur « Réactiver ».

Note :

- ❖ En réactivant un profil ou un DIN, la date de début de couverture sera la date de fermeture plus 1 jour du profil de couverture ou du DIN.

TRAITER DES FRAIS DE MÉDICAMENTS
AGENTS D'INDEMNISATION

CNESST

Table des matières

Mise en contexte et portée du projet	3
TRAITER DES FRAIS DE MÉDICAMENTS	4
Autoriser un frais de médicaments	6
Ajouter un DIN à la couverture de médicaments	10
Réactiver un DIN à la couverture de médicaments	12
Refuser un frais de médicaments.....	15
Traiter des frais Autre produit / Honoraire.....	18
Transfert d'un frais de médicaments	29
Vérifier si le médicament est couvert.....	32
Modifier l'état de l'appariement avec la RAMQ	36
Activer ou désactiver le désistement à la RAMQ	39
Liste des frais de médicaments	41
Commande de la lettre Tiers assureur.....	42

Mise en contexte et portée du projet

Par ce projet, la CNESST souhaite mettre en place des améliorations au traitement des frais de médicaments afin notamment d'alléger le processus de réclamation pour les réclamants, les pharmacies et la clientèle de l'IVAC.

À compter du 23 septembre 2019, la solution qui sera mise en œuvre en partenariat avec la RAMQ, permettra le remboursement automatisé en pharmacie des médicaments de la clientèle de la CNESST dans l'ensemble des pharmacies du Québec.

Ce projet impliquera la création de couvertures de médicaments personnalisées pour les principaux types de lésions couvertes par la CNESST, ainsi que par la DGIVAC. En effet, pour être payé en pharmacie ou remboursé par la CNESST, un médicament doit être inclus à la couverture personnalisée du réclamant.

Cette couverture personnalisée est d'abord composée d'un ou plusieurs profils de couvertures en lien avec le diagnostic. Chaque profil de couverture inclut un ensemble de médicaments autorisables dont l'indication thérapeutique est en lien avec le type de lésion. Un profil de couverture sera attribué, généralement dès l'admissibilité, à l'événement par diagnostic accepté.

Par la suite, selon les médicaments hors couverture réclamés au dossier, des médicaments pourront être ajoutés afin de bonifier la couverture personnalisée du réclamant. À noter qu'un appariement avec la RAMQ se fera lors de l'attribution d'une première couverture au réclamant sur la base de son nom et prénom, sa date de naissance, son sexe et son NAM. Une fois l'appariement complété, la couverture sera transmise à la RAMQ. Une mise à jour des couvertures ajustées s'effectuera ensuite sur une base quotidienne.

Les médicaments inscrits à la liste des médicaments du Régime général d'assurance médicaments publiée par la RAMQ seront favorisés.

Au niveau opérationnel, ce sont sept nouvelles pièces applicatives qui sont intégrées au **Navigateur**:

1. Liste des médicaments;
2. Profils de couvertures de médicaments;
3. Diagnostics de l'événement;
4. Couverture de médicaments;
5. Frais de pharmacie;
6. Vérification médicament couvert;
7. Transfert d'un frais de médicaments.

Dès le 23 septembre 2019, les intervenants de la réparation pourront:

- Gérer les couvertures personnalisées des réclamants;
- Traiter les frais de pharmacie;
- Suivre l'évolution de ces frais et la consommation des médicaments opioïdes.

Ultimement, le nouveau système permettra une baisse du temps de traitement des demandes de remboursement de frais, ainsi qu'une baisse des frais liés à la numérisation et à l'impression de chèques et avis de paiement.

TRAITER DES FRAIS DE MÉDICAMENTS (agents d'indemnisation)

Trois déclencheurs :

1. Les réclamants qui omettront de déclarer le contexte CNESST en pharmacie.
2. Les médicaments hors de la couverture personnalisée.
3. Les dossiers sans couverture.

À noter que sur le reçu de pharmacie, il sera écrit **non autorisé** si le médicament est hors couverture

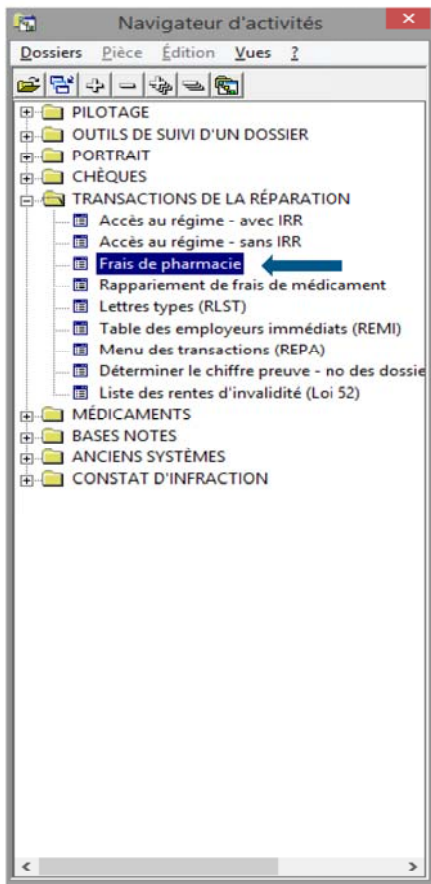


Il sera écrit **refusé** si le dossier n'a pas de couverture.



Dans le Navigateur, la pièce « *Frais de pharmacie* » permet de saisir, de modifier, d'autoriser et de refuser un frais de pharmacie.

Pour accéder à la nouvelle pièce au **Navigateur d'activité**, au dossier **transactions de la réparation** cliquer sur la pièce « *Frais de pharmacie* »



1. Autoriser un frais de médicaments

Frais de pharmacie

Aide

Rechercher un dossier

1.1 * Numéro de dossier

Rechercher

Rechercher un frais existant

1.2 * Numéro du frais

Rechercher

Après avoir cliqué sur la pièce « **Frais de pharmacie** » au **navigateur d'activité**, la fenêtre s'ouvrira.

Deux choix s'offrent à vous :

- 1.1 Rechercher un dossier pour saisir un nouveau frais (tâche relevant davantage des agents de saisie) OU
- 1.2 Rechercher un frais existant.

Après avoir saisi un **Numéro de dossier** et cliqué sur **Rechercher**, la pièce de saisie du frais s'affiche avec les informations sur le réclamant.

- 1.3 « **Allez à** » permet d'accéder aux pièces « **Couverture de médicaments** » et « **Transfert de frais de médicaments** ».
- 1.4 Le bouton « **Aide** » permet d'accéder à une aide contextuelle.
- 1.5 L'hyperlien « **Recherche** » en haut à droite, vous permet de retourner à la page de recherche vue précédemment. Celle où vous sélectionnez un dossier pour saisir un nouveau frais OU pour rechercher un frais existant.
- 1.6 À la rubrique « **Information du dossier de ...** », si vous cliquez sur le signe « **+** », vous retrouvez les informations concernant le réclamant et l'intervenant au dossier.

À la rubrique « **Frais** »:

- 1.7 Au champ *Date de réception*: Inscrire la date de l'activité dans le dossier électronique
- 1.8 Au champ *Réциpiendaire du paiement*: sélectionner le réциpiendaire, soit le **travailleur** ou la **pharmacie**
- 1.9 Par la suite, cliquer sur « *Ajouter* » dans la rubrique « **Liste des articles de frais réclamés** » afin d'inscrire les médicaments ou produits.

Dorénavant, il vous faudra saisir chaque article un à la fois.

À la rubrique « **Sommaire** »: Toute l'information se générera automatiquement lors de la saisie des articles de frais réclamés.

À noter que le *Montant autorisé* se génère automatiquement lorsque les montants réclamés ont été inscrits. **Sachez que la Commission doit rembourser le total de la facture et le réclamant devra rembourser le Tiers assureur. Le montant à autoriser sera donc le coût total du médicament sans tenir compte du montant réellement déboursé par le réclamant.**



Après avoir sélectionné **Rechercher un frais existant** sur la pièce « **Frais de pharmacie** » au **navigateur d'activité**, vous arrivez directement au frais à autoriser.

1.10 Pour autoriser le frais, cliquer sur **Autoriser**.

Notez que si vous autorisez le frais, vous approuvez tout ce que contient le champ *Liste des articles de frais réclamés*. De plus, en autorisant un frais, les articles au montant autorisé de **0\$** signifie qu'ils sont refusés.

Il est alors important de ne pas autoriser le frais si vous êtes en attente de la recommandation du pôle d'expertise. Cependant, vous pourrez retourner dans un frais autorisé dans la pièce *Frais de pharmacie* pour faire des modifications même si le chèque a déjà été envoyé. Le comportement reste tel qu'actuellement dans REFR-MPH.

Note: Les règles concernant la double autorisation (AI-CI) seront les mêmes qu'actuellement. **Le seuil de 500\$ pour les frais de pharmacie est reconduit ainsi que le message d'information « Ce frais devra être autorisé ».**

2. Ajouter un DIN à la couverture de médicaments



2.1 Après avoir sélectionné « **Allez à** », vous accédez à la pièce **Couverture de médicaments**.



2.2 Pour ajouter un nouveau DIN, cliquer sur **Ajouter**

Création Diagnostic : une sciatalgie droite

2.3 Type de couverture Profil DIN

Profil

2.4 DIN

Nom du médicament

Liste des médicaments [↗](#)

2.5 Date début couverture aaaa-mm-jj

Terminer une couverture

Date fin couverture aaaa-mm-jj

Justification

2.6

Annuler

Réactiver

Enregistrer

Après avoir cliqué sur « Ajouter » à l'étape précédente, une page secondaire « Création » s'affiche afin de sélectionner le profil de couverture selon le diagnostic ou le DIN.

2.3 Au champ *Type de couverture*: Sélectionner *DIN*;

2.4 Au champ *DIN*: inscrire le # DIN

Sélectionner ensuite *Rechercher* ou appuyer sur la touche « Entrée ». Le nom du médicament s'inscrira dans le champ approprié.

2.5 Au champ *Date*: **Modifier** la date inscrite par défaut (soit celle de l'événement ou celle à laquelle le médicament a été homologuée par santé Canada si le médicament est plus récent que de la date de l'événement) par la date de la **prescription du médicament hors couverture**.

2.6 Puis cliquer sur *Enregistrer*

3. Réactiver un DIN à la couverture de médicaments



Après avoir sélectionné « **Allez à** », vous accédez à la pièce **Couverture de médicaments**.

- 3.1 Le DIN ayant déjà fait partie de la couverture, *cliquer* sur celui-ci afin de réactiver la couverture.

Couverture d'un diagnostic ✕

Modification
Diagnostic : une tendinite

* Type de couverture Profil DIN

Profil ▼

DIN

Nom du médicament

[Liste des médicaments](#)

Date début couverture

Terminer une couverture

Date fin couverture

Justification ▼

3.2

Après avoir sélectionné le DIN de la *Liste des couvertures*, une fenêtre secondaire s'affiche en modification.

3.2 Cliquer sur **Réactiver**.



Le DIN est alors réactivé.



Lorsque vous revenez au frais:

3.3 Cliquer sur **Rafraîchir**.

3.4 Pour autoriser le frais, cliquer sur **Autoriser**.

Note: Lorsqu'une modification est apportée à la couverture, un message d'information dans le haut de la pièce s'affiche à l'ouverture de celle-ci. Nous venons par exemple de réactiver un DIN à la couverture de médicament à la suite de la recommandation du pôle d'expertise médicaments, le message en haut de la pièce vous en informe. Par ailleurs, le montant autorisé n'est plus à zéro et l'explication concernant le refus n'est plus présente.

4. Refuser un frais de médicaments

Article de frais réclamé [X]

Modification

* Date de service: 2016-01-25 [calendar icon] aaaa-mm-jj
* Type de saisie: Médicament Autre produit / Honoraire

Médicament

* Quantité: 40,00
* DIN: 00885444 [search icon]
Nom du médicament: PMS-HYDROMORPHONE TAB 1MG 1 MG Comprimé
[Liste des médicaments](#)

Prescripteur

Type de saisie: Numéro Nom
Numéro: [search icon]
Nom: [input]

Montant

* Réclamé: 12,00 \$
Autorisé:
Refus d'autorisation:
- Sélectionner une explication -
Erreur de saisie
Article de frais non admissible
Médicament hors-couverture

Annuler Supprimer **Modifier**

Préalablement, sélectionner *l'article de frais réclamé* à refuser dans la pièce *Frais de pharmacie* sous la rubrique *Liste des articles de frais réclamés*.

La page secondaire *Article de frais réclamé* s'affiche en modification.

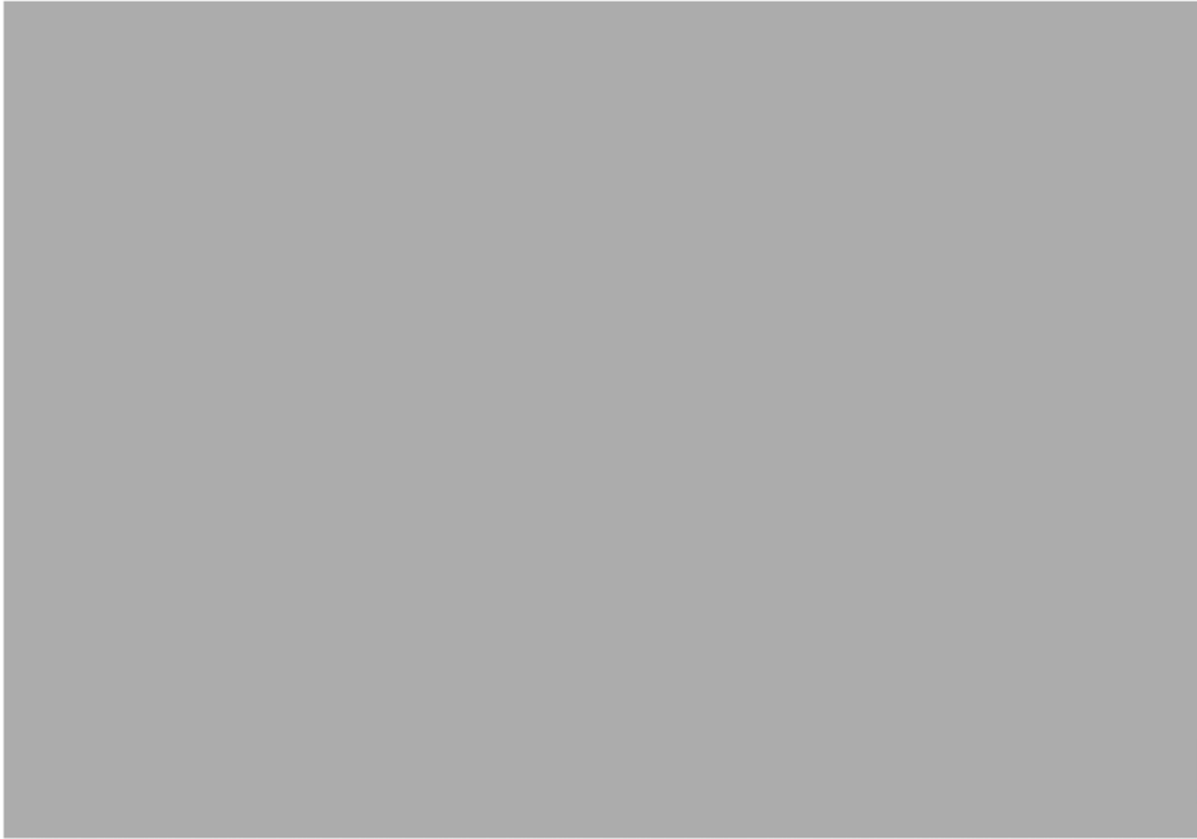
Pour refuser un frais de médicament:

À la rubrique Montant:

- 4.1 Cocher le champ **Refus d'autorisation**.
- 4.2 Au champ *Explication du refus*: sélectionner la variable appropriée : **Erreur de saisie**, **article de frais non admissible** ou **médicament hors-couverture**.
- 4.3 Lorsque terminé cliquer sur **Modifier**.

ATTENTION : Si le **médicament est hors-couverture**, la case **Refus d'autorisation** dans l'article de frais de médicament sera cochée. Il vous faudra alors cliquer sur **Article de frais non admissible**, pour le **refuser**.

Liste des articles de frais réclamés



Par la suite, la modification concernant l'article de frais se transpose dans la **Liste des articles de frais réclamés**.

- 4.4 Cliquer sur **Enregistrer** pour enregistrer la modification.
- 4.5 Puis, cliquer sur **Autoriser** pour compléter l'opération.

ATTENTION: Si vous cliquez sur *Rafraîchir* avant d'enregistrer, la modification effectuée sur l'article de frais s'effacera.



Lors de l'autorisation d'un frais avec **au moins un article de frais refusé**, l'intervenant pourra commander automatiquement la lettre de refus.

4.6

Cliquer sur **Oui** pour confirmer l'émission de la lettre standard au réclamant.

NOTE: La lettre de refus sera générée le jeudi soir de chaque semaine, donc disponible le vendredi au DE.

Sinon la LSF/LSA **SST 01-104** et **DGIVAC 14-440** seront toujours accessibles via RLST. Cependant, les variables et le texte seront à compléter manuellement.

Contrairement à une transaction non autorisée en pharmacie, le refus de remboursement d'un médicament constitue une décision et la CNESST ainsi que la DGIVAC ont l'obligation de rendre une décision écrite.

Position de la CNESST et de la DGIVAC

- La CNESST et la DGIVAC ne rendent pas de décision lorsqu'elles acceptent de payer ou de rembourser **en totalité** une prestation d'assistance médicale ou un frais de déplacement, de repas et de séjour à un réclamant.
- Dans les cas où la CNESST et la DGIVAC remboursent **partiellement** le montant réclamé ou **refusent** de le rembourser, une lettre de décision est émise pour ne pas léser le réclamant de son droit de contester.

5. Traiter des frais « Autre produit / Honoraire »



Dans la liste des articles de frais réclamés, vous avez une **Aide technique** à traiter.

5.1 Afin de voir le détail de cet article, vous devez cliquer sur celui-ci.

Note : Lorsque l'article n'est pas mentionné comme étant autorisé ou refusé dans RNEP, l'agent de saisie a sélectionné dans le menu déroulant **Article à vérifier**. L'agent de saisie ne coche pas la case **Refus d'autorisation** et ne sélectionne pas une explication. Lors de l'enregistrement du frais, une action 28 est générée automatiquement à l'intervenant. C'est donc à vous de prendre la décision et de mettre à jour le RNEP.

ATTENTION : Si dans le même frais il y a un médicament hors couverture et un article à vérifier, il n'y aura pas d'action 28 qui vous sera signalée, c'est l'activité au pôle d'expertise qui prime. Au retour de l'activité du pôle d'expertise, vous devez effectuer la vérification du frais afin de vous assurer qu'aucun article à vérifier n'est en attente de décision.

Annuler un article de frais (Autre produit / Honoraire)

Article de frais réclamé

Modification

* Date de service: 2019-10-11 (aaaa-mm-jj)

* Type de saisie: Médicament Autre produit / Honoraire

Autre produit / Honoraire

* Type de produit / honoraire: Aide technique

Description: Location de béquilles pour la période du 1er oct au 11 oct 2019

Montant

* Réclamé: 100,00 \$

Autorisé: 0 \$

Refus d'autorisation: Article de frais non admissible

5.2

Annuler Confirmer Modifier

Une page secondaire « Modification » s'affiche et au champ *Description*, vous retrouvez l'information concernant l'aide technique, soit une location de béquilles.

Après vérification, ce frais **n'est pas autorisable** dans ce dossier puisqu'il n'y a pas de relation entre l'article de frais et le diagnostic.

5.2 Vous n'avez donc aucune modification à effectuer. Vous fermez alors la page secondaire en cliquant sur **Annuler** ou en cliquant sur le « X » en haut à droite.

Note : Lorsque vous traitez un article de frais qui était un **Article à vérifier**, il est important d'aller modifier le type de produit/honoraire, à l'aide du menu déroulant, pour indiquer la bonne catégorie. Si le frais est refusable, veuillez cocher *Refus d'autorisation* et sélectionner *Article de frais non admissible*.

Liste des articles de frais réclamés



Vous revenez donc au frais de pharmacie et pour le refuser:

- 5.3 Cliquer sur *Autoriser*

Modifier un article de frais (Autre produit / Honoraire)

Article de frais réclamé

Modification

* Date de service: 2019-04-08 aaaa-mm-jj

* Type de saisie: Médicament Autre produit / Honoraire

Autre produit / Honoraire

* Type de produit / honoraire: Aide technique

Description: Location d'un fauteuil roulant propulsion manuelle

Montant

* Réclamé: 125,00 \$

5.4 Autorisé: 100,00 \$

Refus d'autorisation: - Sélectionner une explication -

5.5

5.6

Annuler Supprimer Modifier

Au champ description, vous retrouvez l'information concernant l'aide technique, soit la location d'un fauteuil roulant propulsion manuelle au coût de 125\$.

Vous aviez oublié d'indiquer le montant dans RNEP; de plus, le tarif maximum fixé par le règlement est de 100\$. Vous devez donc modifier le frais.

À la rubrique **Autre produit / Honoraire** :

- 5.4 Au champ *Montant autorisé*, modifier le *Montant autorisé*
- 5.5 Au champ *Refus d'autorisation*: cliquer sur le crochet afin de désélectionner le refus
- 5.6 Lorsque terminé, cliquer sur *Modifier*

Note: Nous vous rappelons que cette pièce inclut tous les types d'articles de frais de REFR-MPH, tel que les *Produits pharmaceutiques* [F] et les *Aides techniques* [A].

Liste des articles de frais réclamés



Notez que la modification concernant l'article de frais se transpose dans la *Liste des articles réclamés*.

5.7 Cliquer sur **Autoriser** pour finaliser l'opération.

ATTENTION: Si vous cliquez sur *Rafraîchir* avant d'enregistrer, la modification effectuée sur l'article de frais s'effacera.

Refuser le montant autorisé (Autre produit / Honoraire)

Article de frais réclamé

Modification

* Date de service

* Type de saisie Médicament Autre produit / Honoraire

Autre produit / Honoraire

* Type de produit / honoraire

Description

Montant

* Réclamé \$

Autorisé \$

Refus d'autorisation

5.8 **5.9** **5.10**

Pour refuser des frais Autre produit / Honoraire, le processus est le même que pour un médicament à quelques variables près:

À la rubrique Montant:

- 5.8** Cocher le champ *Refus d'autorisation*.
- 5.9** Au champ *Explication*, sélectionner l'explication appropriée : ***Erreur de saisie ou article de frais non admissible***.
- 5.10** Lorsque terminé, cliquer sur *Modifier*.

Liste des articles de frais réclamés



Notez que la modification concernant l'article de frais se transpose dans la *Liste des articles réclamés*.

5.11 Cliquer sur **Enregistrer** pour enregistrer la modification.

5.12 Cliquer sur **Autoriser** pour finaliser l'opération.

ATTENTION: Si vous cliquez sur *Rafraîchir* avant d'enregistrer, la modification effectuée sur l'article de frais s'effacera.

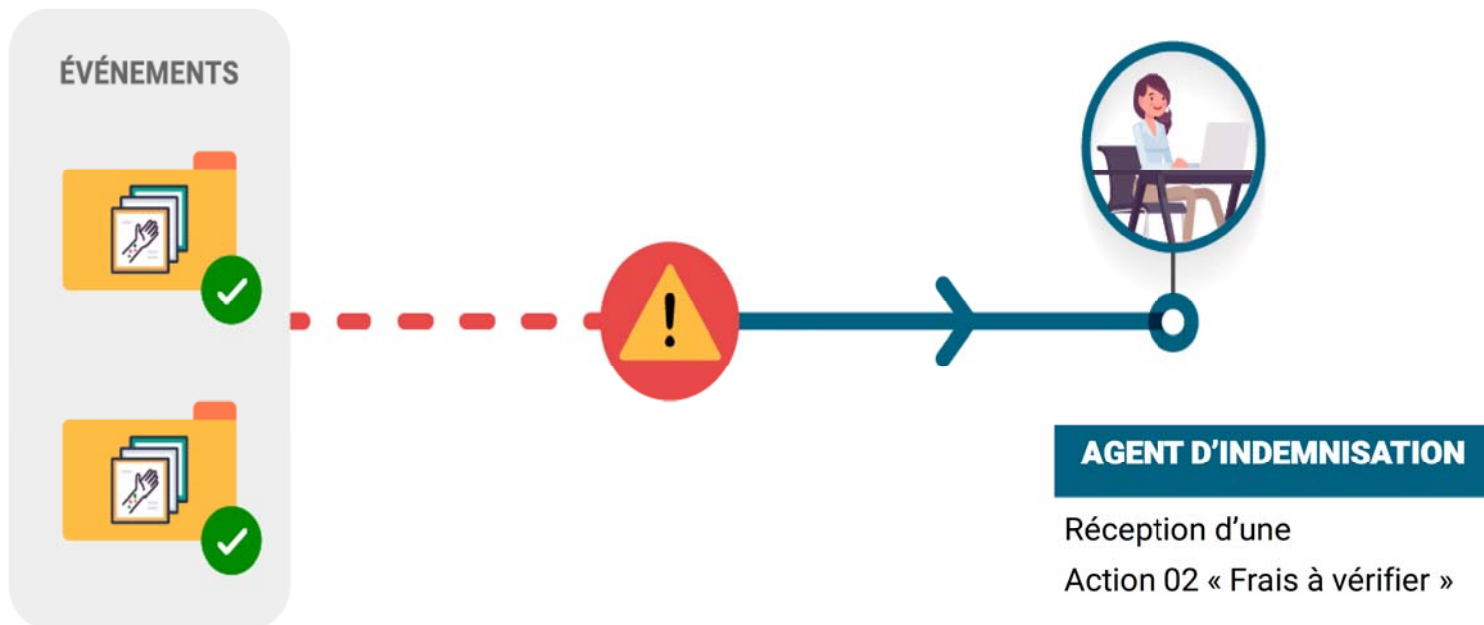
Frais de pharma



Notez que vous pouvez également accéder à la pièce Frais de pharmacie en passant par le **navigateur de dossier**, sous **Événement**, sous **Autres transactions de consultation**, il faut cliquer sur le dossier **Frais** et ensuite sur **Frais de pharmacie**.

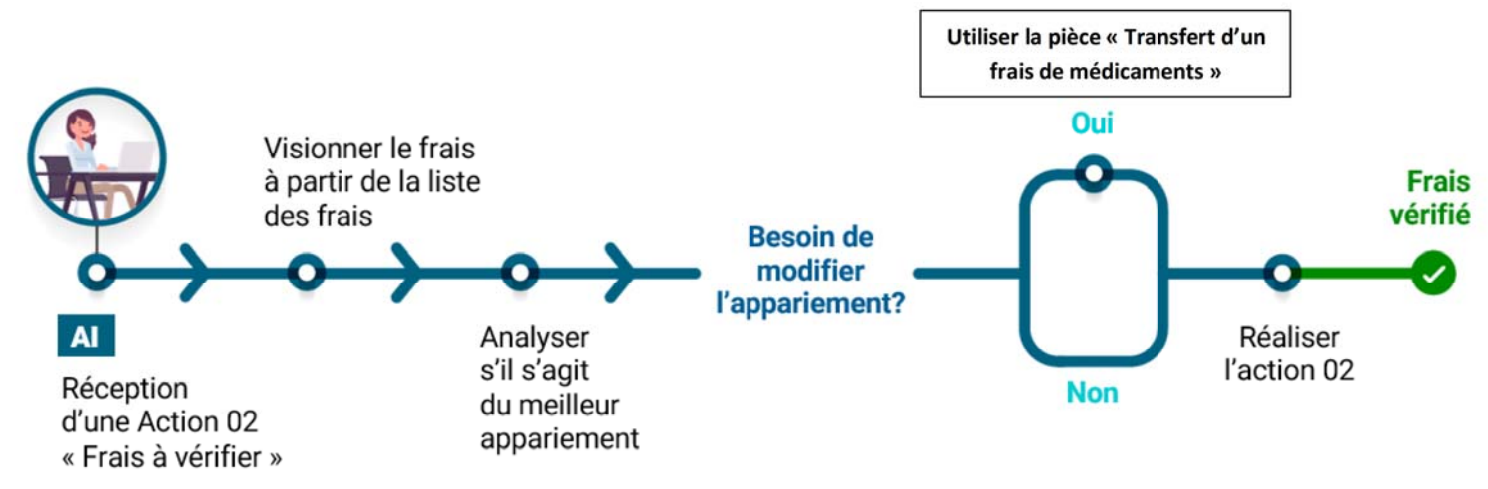
Transfert d'un frais de médicaments

Action 02 – Frais à vérifier



À noter que lors du traitement d'un frais de médicament payé directement en pharmacie, lorsque le médicament est payable dans plusieurs évènements ayant toujours une **couverture de médicaments active**, une Action 02 sera générée à l'agent au dossier via ROSD afin de vérifier l'appariement du frais au bon dossier-événement.

Frais à vérifier – Processus



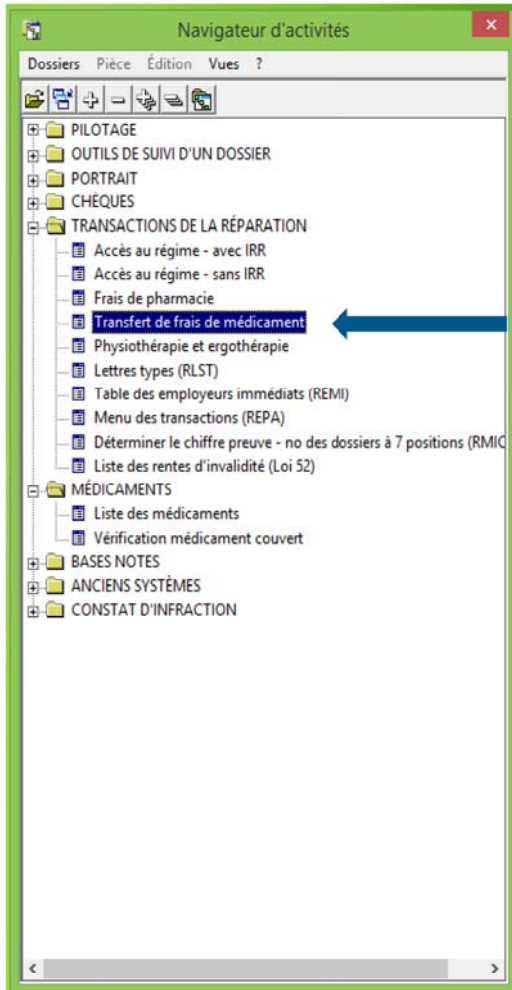
Pour assurer cette vérification, vous recevrez:

1. Une Action 02 - Frais à vérifier
2. Vous devrez visionner le frais via la pièce *Frais de pharmacie*
3. Analyser s'il s'agit du meilleur appariement
4. Y'a-t-il un besoin de modifier l'appariement? Si Oui: utiliser la pièce « *Transfert d'un frais de médicaments* »
5. Réaliser l'action 02

Notez que vous pouvez qu'apparier l'ensemble du frais d'un dossier à un autre. Si vous désirez apparier un seul article du frais, vous devrez annuler le frais via REFR-ANF et par la suite créer deux frais distincts afin de les assigner à chacun des dossiers.

Le numéro du frais s'autopopulera lors du signalement de l'Action 02.

Dans le **Navigateur**, la pièce « *Transfert de frais de médicament* » permet de modifier l'appariement d'un frais de médicaments lorsque celui-ci doit être changé de dossier. Le transfert fonctionne uniquement pour un frais payé en pharmacie (RAMQ).



Dans le **navigateur d'activités**, au dossier **transactions de la réparation** cliquer sur la nouvelle pièce « *Transfert de frais de médicament* »

6. Transfert d'un frais de médicaments

CNESST Systèmes de la Réparation Aide

Transfert de frais de médicaments

Critère de recherche

6.1 → Numéro du frais

6.2 → Rechercher

Ce service en ligne est sécurisé et assure la confidentialité et l'intégrité des informations.
© CNESST, 2016-2019

Soutien technique (CSU) ■
Tél : 418 266-4422

Après avoir cliqué sur **Transfert de frais de médicament** au **navigateur d'activité**, une fenêtre secondaire s'affiche afin de **rechercher un frais existant**.

6.1 Inscrire le *Numéro du frais*.

6.2 Cliquer sur *Rechercher*.



6.3 Dans la *Liste des dossiers destination*, sélectionner le dossier de destination.

6.4 Cliquer sur *Enregistrer*.

7. Nouvelles fonctionnalités de la pièce « Couverture de médicaments »



- 7.1 En haut à gauche, le **Allez à** permet d'accéder à la pièce **Vérification médicament couvert**.
- 7.2 En haut à droite, l'**État de l'appariement RAMQ** permet de savoir si les informations relatives à la couverture personnalisée du réclamant ont été transmises et appariées avec la RAMQ. Le signe « ! » indique que le réclamant a choisi de se désister de la solution applicative.
- 7.3 Le bouton **Modifier** donne accès une page secondaire en vue notamment d'activer le désistement à la RAMQ.
- 7.4 En bas à droite, le bouton **Sommaire** permet d'accéder à la liste des diagnostics et des couvertures au dossier.

Vérifier si le médicament est couvert

Dans le Navigateur, la pièce « *Vérifier médicament couvert* » permet de savoir si un médicament fait partie de la couverture personnalisée d'un réclamant.

Dans la rubrique « **Critères de recherche** » :

7.1.1 Inscrire le *Numéro du dossier*.

7.1.2 Inscrire le *DIN*.

7.1.3 Cliquer sur *Vérifier*.

Résultats



Systemes de la Réparation

Aide

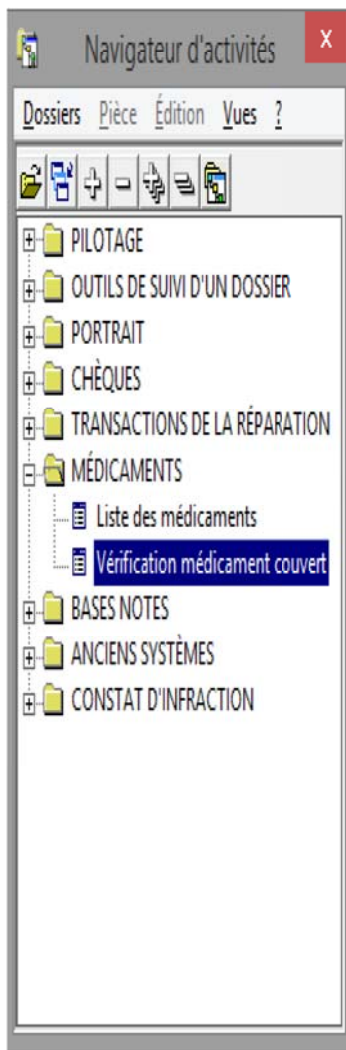
Le médicament n'est pas couvert



Systemes de la Réparation

Aide

Le médicament est couvert.



Vous pouvez également y accéder par le **navigateur d'activités**, au dossier **Médicaments** cliquer sur la pièce « **Vérification médicament couvert** ».

État de l'appariement RAMQ

Notez que lors de l'inscription d'une première couverture de médicaments, il y aura **appariement automatique** avec la RAMQ. Si le réclamant n'est pas apparié avec la RAMQ, une activité de type « **Appariement réclamant RAMQ** » est signalée au dossier électronique avec la description « **L'appariement avec la RAMQ en lien avec la couverture de médicament n'a pas réussi** ». La recherche effectuée avec des critères tels que le NAM, le nom et le sexe du réclamant, n'a permis de retrouver aucun dossier.

Démarche à suivre lors du rejet de l'appariement :

1. Dans le système de la réparation, vérifier les informations relatives au réclamant : NAM, prénom, nom, âge et sexe.
2. Si un ajustement est nécessaire au système de la réparation, consulter votre conseiller en indemnisation (CI) pour la modification.

Modifier l'état de l'appariement avec la RAMQ

CNESST Systèmes de la Réparation

Aide

Une fois les informations ajustées au système de la réparation par votre CI, **retenter l'appariement** dans la pièce « *Couverture de médicaments* ». Pour ce faire, vous devez tout d'abord :

- 7.2.1 Cliquer sur **Modifier** dans la pièce « *Couverture de médicaments* »

Apparier un bénéficiaire avec la RAMQ



La page secondaire « **Apparier un bénéficiaire avec la RAMQ** » s’affiche en modification.

7.2.2 Notez que s’il est impossible de modifier le NAM au système de la Réparation, inscrire celui-ci dans le champ **Numéro NAM bénéficiaire appariement**

7.2.3 Cliquer sur **Apparier** ou **Enregistrer**

À noter que l’appariement à la RAMQ se fait par cette pièce et permet le remboursement en pharmacie des médicaments et ce même si le NAM est inexact au système de la réparation.

Résultat

Le crochet vert signifie que l'appariement a fonctionné.

Note : Si l'appariement ne fonctionne toujours pas, **avisez votre CI**, car le répondant régional RAMQ devra communiquer avec la RAMQ.

Activer ou désactiver le désistement à la RAMQ

Si le réclamant ne désire plus utiliser la solution en pharmacie, dans la pièce « **Couverture de médicaments** », cliquer sur « **Modifier** » à « **l'État de l'appariement RAMQ** ».

La page secondaire « **Apparier un bénéficiaire avec la RAMQ** » s'affiche en modification.

7.2.4 Au champ désistement, cocher « **Oui** ».

Notez qu'au champ date: elle est générée automatiquement en date du jour.

7.2.5 Cliquer sur « **Enregistrer** ».

Résultat

CNESST

Systemes de la Réparation



Notez que le « ! » orange indique que le réclamant s'est désisté de la Solution applicative.

8. Liste des frais de médicaments

Dans le navigateur de dossiers, la fenêtre « *Liste des frais – Dossier* » permet de consulter la liste des frais au dossier du réclamant dont les frais de médicaments.

Une nouvelle fonctionnalité permet le dépôt d'un PDF de la liste des frais de médicaments dans la rubrique « Frais » du dossier électronique (DÉ).

8.1 Pour activer le dépôt, vous n'avez qu'à activer le bouton « *Dépôt frais « PH » RAMQ au DÉ* ».

Notez que l'opération de dépôt au DÉ sera effective que pour les frais de médicaments RAMQ et uniquement ceux traités à compter du 23 septembre 2019. Une fois cette opération effectuée, la liste des frais sera disponible pour compléter, au besoin, la copie de dossier aux parties.

Commande de la lettre Tiers assureur

Date de réception : 2020-01-09 (aaaa-mm-jj)

Récipiendaire du paiement : Travailleur Pharmacie RAMQ

Pharmacie

Type de saisie : Numéro Nom

Numéro :

Nom :

Sommaire

Période : Du 2020-01-09 Au 2020-01-09

Statut : Autorisé

Raison d'annulation :

Montant autorisé : 100,00 \$

Liste des articles de frais réclamés Ajouter

5 10 20 Tous

Date service	Quantité	DIN	Médicament	Autre produit / Honoraire	Mont. réclamé	Mont. autorisé	Explication du refus
2020-01-09	10,00	00010383	Sinrom 1 mg Co.		100,00 \$	100,00 \$	
TOTALS :					100,00 \$	100,00 \$	

Navigation : << 1 >>

Montant assumé par un autre assureur

Rafraîchir Enregistrer Autoriser

3.1 Lorsque vous constatez que sur la pièce justificative pour une demande de remboursement de frais de médicament il y a un montant assumé par un autre assureur pour un article de frais autorisé, vous pouvez cocher la case « Montant assumé par un autre assureur » avant d'enregistrer le frais. Une lettre sera alors commandée et un message sera affiché pour vous informer.

Lorsque la case est cochée, le message suivant s'affiche lorsqu'aucune lettre Tiers assureur n'a déjà été transmise :

i Message(s) d'information(s)

- La lettre 01-118 'Information au sujet du remboursement de frais de médicaments' a été commandée. (MF13047)

Si la lettre a déjà été transmise au travailleur, lorsque la case « Montant assumé par un autre assureur » sera cochée et que le frais sera enregistré, vous obtiendrez le message suivant :

i Message(s) d'information(s)

- La lettre 01-118 'Information au sujet du remboursement de frais de médicaments' a déjà été émise pour ce dossier. (MF13048)

Notes : La case est seulement disponible lorsqu'un frais est en création ou modification et à la suite de l'enregistrement, la case ne restera pas cochée.

Important : Il est impossible d'envoyer plus d'une lettre Tiers assureur via la pièce de frais de pharmacie. Il pourrait y avoir deux lettres de produites pour le même travailleur si la situation du tiers assureur se présente sur deux de ses dossiers. Cependant, pour des événements différents d'un même dossier, une seule lettre sera produite.

Si vous souhaitez tout de même commander une nouvelle lettre, vous pouvez le faire via la transaction RLST. Il s'agit des lettres standards 01-118 (SST) et 14-418 (IVAC) « Information sur le remboursement de frais de médicament ».