



Couverture d'assurance du glatiramère (acétate de) au 5 juillet 2018 – Copaxone^{MC} et Glatect^{MC}

Dans l'[infolettre 103](#) du 22 juin 2018, la Régie vous informait de la fin de couverture du Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/ml (1 ml). Ainsi, à partir du **5 juillet 2018**, le Copaxone^{MC} ne sera plus remboursé pour le traitement de la sclérose en plaques de forme rémittente ni pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation, sauf exception.

Par ailleurs, le Glatect^{MC} est inscrit à la *Liste des médicaments* du 5 juillet 2018 et remboursé à certaines conditions pour les personnes atteintes de sclérose en plaques de forme rémittente ou ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation.

1 Copaxone^{MC} (exceptions)

Le Copaxone^{MC} demeure payable pour les personnes admissibles et en cours de traitement pharmacologique qui ont reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou d'un administrateur de régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018.

Pour connaître les conditions donnant droit à la continuité du paiement du Copaxone^{MC}, veuillez consulter l'article 4.2.2 ainsi que l'Annexe IV.1 de la *Liste des médicaments*.

2 Glatect^{MC}

À partir du 5 juillet 2018, la Régie rembourse le Glatect^{MC} à toute personne admissible au régime public d'assurance médicaments atteinte de sclérose en plaques de forme rémittente ou ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation et qui répond aux indications donnant droit à son paiement, telles que décrites à l'Annexe IV de la *Liste des médicaments*. Une autorisation de paiement préalable est requise.

3 Codes de médicaments d'exception SN133 et SN134

Les codes de médicaments d'exception SN133 et SN134 peuvent être utilisés pour obtenir le remboursement du Glatect^{MC} lorsque la condition clinique de la personne assurée répond aux indications donnant droit au paiement. Les codes et leurs indications sont les suivants :

- **Code SN133** : Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée.

Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins une lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- que le diamètre de la ou les lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- **Code SN134** : Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté une poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an, tout comme les demandes subséquentes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Pour le Copaxone^{MC}, ces codes peuvent être utilisés seulement pour les personnes en cours de traitement qui ont reçu un remboursement de la Régie avant le 5 juillet 2018 et dont la condition clinique répond aux indications donnant droit au paiement.

Le répertoire des codes des médicaments d'exception, disponible sous le lien utile [Codes des médicaments d'exception](#), dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, a été mis à jour en conséquence.

4 Instructions de facturation pour le Copaxone^{MC} à compter du 5 juillet 2018

Pour la personne en cours de traitement avec le Copaxone^{MC} :

- l'autorisation de paiement demeure valide;
- si le code SN133 ou SN134 est présent sur l'ordonnance rédigée par le prescripteur, il doit être transmis sur chaque demande de paiement;
- si l'autorisation de paiement est absente, le message DX « Autorisation requise pour l'ordonnance » s'affiche;
- si la personne a obtenu un remboursement de Copaxone^{MC} auprès d'un assureur ou par l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018 et qu'elle répond aux indications de paiement de l'Annexe IV.1 de la *Liste des médicaments*, une demande d'autorisation en médicament d'exception doit être faite par le prescripteur auprès de la Régie. De plus, lorsque la personne aura obtenu l'autorisation, le pharmacien doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour permettre la première facturation. Si aucune action n'est prise, le message D1 « Code de produit non payable » s'affiche.

Pour la personne qui n'est pas en cours de traitement avec le Copaxone^{MC}, le remboursement n'est pas permis. Le message D1 « Code de produit non payable » s'affiche.

En tout temps, vous pouvez consulter l'état et le résumé de la demande d'autorisation de paiement d'une personne assurée à l'aide du service en ligne *Médicaments d'exception et Patient d'exception* au www.ramq.gouv.qc.ca/sel.

5 Questions et informations supplémentaires

Pour toute question relative à cette infolettre, vous pouvez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens :

Région de Québec : 418 643-9025

Ailleurs au Québec : 1 888 883-7427

c. c. Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Développeurs de logiciels de facturation – Pharmacie