

## Section 1: Eligibility and Membership

### Growth Hormone Deficiency Plan (Plan T)

This policy applies to applicants and beneficiaries of the New Brunswick Prescription Drug Program who qualify for coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan.

#### PURPOSE OF POLICY

This policy documents the eligibility criteria as well as the enrolment, renewal and claim payment guidelines of the Growth Hormone Deficiency Plan.

#### POLICY STATEMENT

The Growth Hormone Deficiency Plan is a provincial drug plan that provides coverage for certain growth hormone deficiency drugs for eligible New Brunswick residents.

#### Eligibility criteria

New Brunswick residents under the age of 19, diagnosed with growth hormone deficiency may apply for the Growth Hormone Deficiency Plan if they:

- Have a valid Medicare card, and
- Do not have coverage for any portion of the cost of the growth hormone drugs from any other drug plan.

#### *Exclusions*

Applicants who are diagnosed with other conditions (e.g., Chronic Renal Insufficiency, Idiopathic Short Stature, Prader-Willi Syndrome, Turner Syndrome) are not eligible for coverage under the Growth Hormone Deficiency Plan.

## Section 1 : Admissibilité et participation

### Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance (Régime T)

La présente politique s'applique aux bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick admissibles à la couverture offerte en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

#### OBJECTIF DE LA POLITIQUE

La présente politique décrit les critères d'admissibilité, ainsi que les lignes directrices relatives à l'adhésion, au renouvellement et aux demandes de remboursement du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

#### ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

Le Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance est un régime provincial d'assurance médicaments qui offre la couverture de certains médicaments pour l'insuffisance en hormones de croissance aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick.

#### Critères d'admissibilité

Les résidents du Nouveau-Brunswick de moins de 19 ans ayant reçu un diagnostic d'insuffisance en hormones de croissance peuvent faire une demande d'adhésion à l'assurance médicaments du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance s'ils répondent aux critères suivants :

- Avoir une carte d'assurance-maladie valide; et
- Aucune portion du coût de leurs médicaments sur ordonnance pour l'insuffisance en hormones de croissance ne doit être couverte par un autre régime d'assurance médicaments.

#### *Exclusions*

## Enrolment

Applicants seeking to enrol in the Growth Hormone Deficiency Plan must submit the following information:

- A completed Growth Hormone Deficiency Plan Application Form, and
- The annual premium of \$50.00 (may be paid using online banking, cheque, or bank/postal money order. Cheques or money orders should be made payable to the New Brunswick Prescription Drug Program. Cash is not accepted).

The applicants' endocrinologist must provide written confirmation via mail or fax documenting the following information:

- The diagnosis of the applicant, and
- The applicant's name, date of birth, New Brunswick number, and address.

### *Applicants with Other Drug Coverage*

In addition to the above enrolment requirements, applicants with other drug coverage must complete and return the Other Drug Coverage Form and provide supporting documentation from their private plan, as specified in the *Applicants with Other Drug Coverage (NBPDP) Policy*.

## Co-payment and fees

The Growth Hormone Deficiency Plan has an annual premium of \$50.00. The copayment is 20% of the reimbursed prescription cost up to a maximum of \$20.00. There is a maximum copayment amount of \$500.00 per family unit, per plan year (July 31<sup>st</sup> to June 30<sup>th</sup>).

## Annual renewal

Beneficiaries must renew their coverage annually. Beneficiaries are mailed a renewal package in May (prior to July 1<sup>st</sup>), containing a Growth Hormone Deficiency Plan Application Form, a pre-addressed envelope, and Other Drug Coverage Form.

Les demandeurs qui ont reçu le diagnostic d'un autre trouble de santé (p. ex., insuffisance rénale chronique, petite taille idiopathique, syndrome de Prader-Labhart-Willi, syndrome de Turner) ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

## Adhésion

Pour s'inscrire, les demandeurs doivent remplir et retourner par la poste ou par télécopieur un « Formulaire de demande d'adhésion au Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance », accompagné d'un chèque de 50.00 \$ pour les frais d'inscription, payable au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

L'endocrinologue du demandeur doit fournir une confirmation écrite par la poste ou par télécopieur qui atteste les renseignements suivants :

- Le diagnostic du demandeur; et
- Le nom, la date de naissance, le numéro d'assurance-maladie et l'adresse du demandeur.

### *Couverture existante*

Les demandeurs qui bénéficient d'un régime d'assurance médicaments privé doivent fournir une lettre de leur assureur confirmant qu'aucune portion du coût de leur médicament sur ordonnance n'est couverte par le régime, conformément à la politique du PMONB « *Demandeurs détenant une assurance médicaments privée (sous-assurés) (PMONB)* ».

## Quote-part et frais

Le Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance comporte une prime annuelle de 50 \$ et une quote-part par ordonnance. La quote-part représente 20 % du coût des médicaments jusqu'à concurrence de 20 \$. Le plafond annuel visant la quote-part est de 500 \$ par famille. Le plafond annuel visant la quote-part est de 500 \$ par famille par année (1<sup>er</sup> juillet au 30 juin).

## Renouvellement annuel

Beneficiaries may apply to renew their coverage by returning the completed form(s) and the annual premium of \$50.00.

If the required documentation and \$50.00 annual premium are not received by the Plan Administrator prior to the deadline outlined in the beneficiary's renewal letter, coverage is cancelled effective July 1<sup>st</sup>.

Beneficiaries must continue to meet the eligibility criteria outlined above and in the *Applicants with Other Drug Coverage Policy (NBPDP)*, when applicable, to renew their coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan.

Beneficiaries are ineligible to continue coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan once they reach the age of 19 and coverage is cancelled effective the day the beneficiary turns 19.

#### Eligible benefits and claim payment

The drugs that are eligible for coverage with the Growth Hormone Deficiency Plan are listed on the New Brunswick Drug Plans Formulary.

Participating providers must submit claims online directly to the New Brunswick Drug Plans in accordance with the *Participating Provider* policy.

Les bénéficiaires doivent renouveler leur couverture chaque année. En mai (antérieur à 1er juillet) une trousse de renouvellement est envoyée par la poste aux bénéficiaires, et contient un formulaire de demande d'adhésion et une enveloppe-réponse. Les bénéficiaires peuvent faire une demande de renouvellement pour la couverture en remplissant le formulaire et en le retournant avec les frais d'inscription de 50.00 \$ (par chèque ou mandat-poste), payable au Plan de médicament sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Si les documents requis et les frais d'inscription de 50.00 \$ ne sont pas soumis à l'administrateur du régime avant la date limite indiquée dans la lettre de renouvellement du bénéficiaire, la couverture sera annulée en date du 1<sup>er</sup> juillet.

Les bénéficiaires doivent continuer de répondre à tous les critères d'admissibilité décrits ci-dessus pour renouveler leur couverture en vertu du Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance.

Les bénéficiaires deviennent inadmissibles au Programme pour l'insuffisance en hormones de croissance lorsqu'ils atteignent l'âge de 19 ans, et la couverture est annulée le jour de leur 19<sup>e</sup> anniversaire.

#### Médicaments admissibles et demandes de remboursement

Les médicaments qui sont admissibles à la couverture en vertu de ce régime figurent sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Les fournisseurs participants doivent soumettre directement les demandes de remboursement en ligne aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick conformément à la politique *Fournisseurs participants*.

#### AUTHORITY

Act(s)	<i>Prescription Drug Payment Act (S.N.B. 1975, c. P-15.01), s 2.01(1)(2), 2.1(2), 2.2, 2.4 (1)(2).</i>
Regulation(s)	<i>Prescription Drug Regulation - Prescription Drug Payment Act, s 2.1(c)(ii), 4(2)(c), 4(3), 5(2), 5(4),</i>

#### AUTORISATION

Loi(s)	<i>Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance (LN-B 1975, c. P-15.01), s 2.01(1)(2), 2.1(2), 2.2, 2.4 (1)(2).</i>
Règlement(s)	<i>Règlement sur les médicaments dispensés sur ordonnance de la Loi sur la gratuité des</i>

	7.2(1), 8(2), 8(6), 8(12), 8.1(1)(2), 14.1, 15(1)(b), 15(3.1)(3.2).
--	---

**Approval Authority:** Executive Director,  
Pharmaceutical Services, Department of Health

### DEFINITIONS

The following definitions apply in this policy:

**Co-payment** - the portion of the prescription cost that the beneficiary pays each time a prescription is filled.

**Co-payment ceiling** - the maximum co-payment payable per plan year.

**Plan year** – a 12 month period of drug coverage (July 1 to June 30), after which time the beneficiary is required to renew their coverage.

### FORMS AND APPENDICES

Forms	<a href="#">Growth Hormone Deficiency Plan Application Form</a> <a href="#">Other Drug Coverage Form</a>
Appendices	N/A

	<i>médicaments sur ordonnance</i> , s 2.1(c)(ii), 4(2)(c), 4(3), 5(2), 5(4), 7.2(1), 8(2), 8(6), 8(12), 8.1(1)(2), 14.1, 15(1)(b), 15(3.1)(3.2).
--	--

**Autorité d'approbation :** directrice générale, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé

### DÉFINITIONS

Les définitions suivantes d'appliquent à la présente politique :

**Quote-part** - représente la portion du coût de votre médicament que vous devez payer chaque fois que vous faites remplir votre ordonnance.

**Plafond de la quote-part** – la quote-part maximum payable par année de régime.

**Année de régime** – période de couverture des médicaments d'une durée de 12 mois (du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin), après quoi le bénéficiaire est tenu de renouveler sa couverture.

### FORMULAIRES ET ANNEXES

Formulaire	<a href="#">Formulaire d'adhésion au Programme pour l'insuffisance en hormone de croissance</a>
Annexe	S.o.