

Référence	PDT-INF-659v2			Date	12/12/2019
Objet	Présentation de la mesure « Non Substituable » – PLFSS 2019				
Type	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Pratique	<input checked="" type="checkbox"/> Communication	<input type="checkbox"/> Livraison	
Destinataires	<input checked="" type="checkbox"/> Éditeurs	<input type="checkbox"/> Équipementiers	<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> CIS	
Produits	Facturation <input type="checkbox"/> CDC Éditeurs <input type="checkbox"/> CDC OCT <input type="checkbox"/> FSV agrément <input type="checkbox"/> FSV exploitation <input type="checkbox"/> SCOR	Référentiels <input type="checkbox"/> Dispositif Intégré <input type="checkbox"/> Terminal lecteur <input type="checkbox"/> TLA <input type="checkbox"/> Lecture Vitale <input type="checkbox"/> Télémise à jour	Produits d'infrastructure <input type="checkbox"/> ATSAM <input type="checkbox"/> SrvSVCNAM <input type="checkbox"/> GALSS Services en Ligne <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> Espace pro	Téléservices intégrés <input type="checkbox"/> HRi <input type="checkbox"/> DMTi <input type="checkbox"/> AATi <input type="checkbox"/> SEFi <input type="checkbox"/> DMP	
Secteur	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier			
Professionnels de Santé concernés	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input type="checkbox"/> Sages-femmes <input type="checkbox"/> Chirurgiens-dentistes <input checked="" type="checkbox"/> Pharmaciens <input type="checkbox"/> Laboratoires	<input type="checkbox"/> Auxiliaires médicaux <input type="checkbox"/> Centres de Santé <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Transporteurs	<input type="checkbox"/> Établissements publics <input type="checkbox"/> Cliniques privées <input type="checkbox"/> ESPIC		
Prise en compte	<input type="checkbox"/> Facultative	<input checked="" type="checkbox"/> Obligatoire			

Contexte

L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 fait évoluer au 1^{er} janvier 2020 les conditions de prescription et de prise en charge des médicaments inscrits au répertoire des médicaments génériques, à travers de nouvelles règles relatives à la mention « non substituable » (NS). Ainsi 3 nouvelles mesures visant à diminuer le recours à la mention NS et à favoriser la substitution sont mises en place :

1. fin de l'obligation manuscrite de la mention NS ;
2. obligation de justifier la mention NS au regard d'un des motifs autorisés par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019, publié au JO du 19 novembre 2019¹ ;
3. modification de la prise en charge des médicaments princeps appartenant à un groupe générique.

Présentation de la mesure

Obligation de justifier la mention NS au regard d'un des motifs autorisés

A compter du 1^{er} janvier 2020, le médecin doit obligatoirement préciser sur l'ordonnance, en plus de la mention NS, la raison médicale qui justifie sa décision de ne pas autoriser la substitution pour son patient et cette décision doit être fondée exclusivement sur l'une des 3 situations médicales visées par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019, publié au JO du 19 novembre 2019.

Il ne s'agit plus seulement d'une « mention expresse » portée sur l'ordonnance, pour des raisons particulières tenant au patient, mais d'une « mention expresse et justifiée ». Cette mention NS et sa justification doivent apparaître sur l'ordonnance pour chaque médicament prescrit et pour chaque situation médicale visée.

Le médecin devra reporter sur son ordonnance, selon la situation médicale visée, la mention :

- « non substituable (MTE) »,
- ou « non substituable (EFG) »,

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039393124&dateTexte=&categorieLien=id>

- ou « non substituable (CIF) ».

Les médecins pourront recourir à leur LAP pour inscrire ces mentions sur l'ordonnance. Cependant, en pratique, tant que leurs LAP n'auront pas définitivement évolués conformément aux nouvelles règles de l'arrêté, les médecins devront inscrire manuellement la mention « non substituable » sur l'ordonnance ainsi que sa justification selon l'un des 3 critères de l'arrêté. (Cf. annexe 1).

Modification de la prise en charge des médicaments princeps appartenant à un groupe générique

La prise en charge par l'assurance maladie des médicaments princeps va être différenciée selon le contexte de prescription dès le 1^{er} janvier 2020.

Cette mesure ne s'applique pas aux médicaments sous Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR).

- **En cas de mention NS justifiée :**

Si le médecin a apposé sur l'ordonnance la mention « non substituable », justifiée par l'un des critères définis par l'arrêté ministériel, le pharmacien délivrera et facturera le médicament princeps sur la base de remboursement de ce dernier.

- **En l'absence de mention NS justifiée :**

Si le médecin n'a pas apposé sur l'ordonnance la mention « non substituable », justifiée par l'un des critères définis par l'arrêté ministériel, et si le patient refuse la substitution d'un médicament générique, le pharmacien délivrera et facturera le médicament princeps sur une base de remboursement minorée et limitée à celle du médicament générique le plus cher du groupe générique concerné, c'est le tarif ajusté.

Modalités d'application

A cet effet, le **fichier CEPS** (base opposable des médicaments) évolue pour préciser pour chaque médicament princeps non soumis à TFR, le montant du médicament générique le plus cher du groupe auquel il appartient (tarif ajusté).

Le fichier CEPS est disponible depuis le 27 novembre 2019.

Logiciel d'Aide à la Prescription chez le médecin

Afin de mettre en œuvre cette mesure les LAP doivent évoluer pour :

- Que les bases médicaments des LAP prennent en compte la base CEPS qui intégrera le tarif ajusté ;
- Prendre en compte la base de médicaments, qui contiendra la liste des critères de NS définie par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019.

Logiciel de facturation SESAM-Vitale chez le pharmacien

La modification de la prise en charge des médicaments princeps au niveau des LPS Pharmacien fait l'objet de l'Avenant 22 au Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Il n'est pas demandé pour l'instant de modifier les LPS pharmaciens pour intégrer les motifs de non-substitution définis à l'arrêté du ministériel du 12 novembre 2019. Ces modifications seront réalisées ultérieurement, quand tous les motifs de non-substitution auront été publiés (un est encore à venir pour couvrir l'exclusion de substitution par le pharmacien, même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance).

Dans l'attente, l'Assurance Maladie va informer les pharmaciens (cf. annexe 2) qu'ils devront interpréter les nouveaux libellés demandés aux médecins et qui figureront à partir du 01/01/20 sur les ordonnances comme correspondant au libellé « Non substituable (NS) » actuellement utilisé dans les logiciels et associé à la valeur « M » du mode de prescription dans la facture (cf. table 65 de l'avenant 22).

Nouvelles modalités de prescription de la mention NS sur l'ordonnance

L'article 66 de la LFSS pour 2019 définit de nouvelles modalités de prescription et de prise en charge des médicaments inscrits au répertoire des médicaments génériques, à travers de nouvelles règles relatives à la mention « non substituable ».

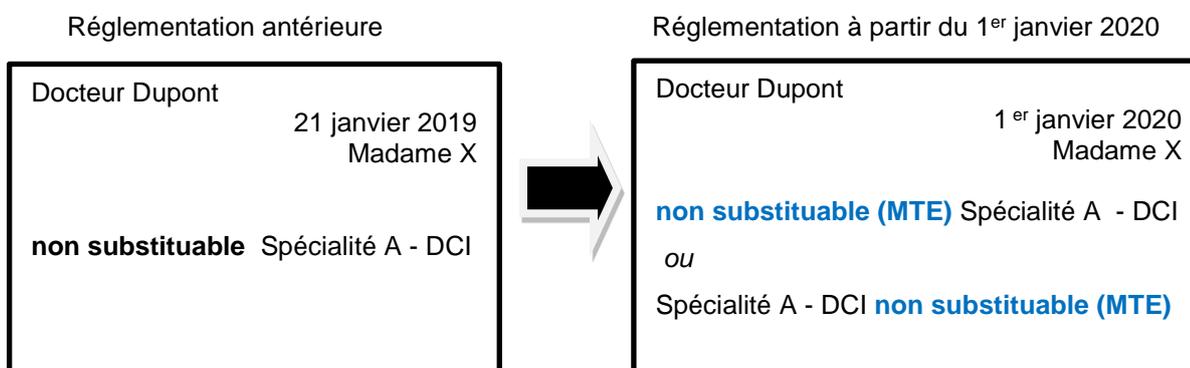
3 nouvelles mesures visant à diminuer le recours à la mention NS et à favoriser la substitution sont mises en place :

1. Fin de l'obligation manuscrite de la mention NS ;
2. Obligation de justifier la mention NS au regard d'un des motifs autorisés par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019, publié au JO du 19 novembre 2019 ;
3. Modification de la prise en charge des médicaments princeps appartenant à un groupe générique.

Médecins, comment porter sur l'ordonnance ces nouvelles mentions NS ?

A compter du 1^{er} janvier 2020, vous devez obligatoirement préciser sur l'ordonnance, en plus de la mention NS, la raison médicale qui justifie la décision de ne pas autoriser la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique. Cette décision doit être fondée exclusivement sur l'une des 3 situations médicales visées par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019, publié au JO du 19 novembre 2019.

Il ne s'agit plus seulement d'une « mention expresse » portée sur l'ordonnance, pour des raisons particulières tenant au patient, mais d'une « mention expresse **et justifiée** ».



La mention doit apparaître pour chaque médicament concerné et pour chaque situation médicale visée.

L'arrêté du 12 novembre 2019, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, précise les **3 situations médicales** dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique :

❖ **Situation n°1 : médicament à marge thérapeutique étroite**

- ↪ pour assurer la stabilité de la dispensation, lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement,
- ↪ notée « **non substituable (MTE)** » sur l'ordonnance ;

❖ **Situation n°2 : enfant de moins de moins de 6 ans**

- ↪ lorsqu'aucun médicament générique n'a une forme galénique adaptée et que le médicament de référence disponible permet cette administration,
- ↪ notée « **non substituable (EFG)** » sur l'ordonnance ;

❖ **Situation n°3 : patient présentant une contre-indication formelle et démontrée à un excipient à effet notoire**

- ↪ si excipient présent dans tous les médicaments génériques disponibles, lorsque le médicament de référence correspondant ne comporte pas cet excipient,
- ↪ notée « **non substituable (CIF)** » sur l'ordonnance.

Annexe 1 : communication de l'Assurance Maladie à destination des médecins

L'utilisation du critère médical **MTE** est associée à une liste restrictive de principes actifs :

- ❖ lamotrigine, lévétiracétam, pregabaline, topiramate, valproate de sodium et zonisomide, (des antiépileptiques)
- ❖ lévothyroxine (une hormone thyroïdienne)
- ❖ azathioprine, ciclosporine, évérolimus, mycophénolate mofétil et mycophénolate sodique (des immunosuppresseurs)
- ❖ et buprénorphine (un traitement substitutif aux opiacés).

Il est à noter que l'article 66 met fin à l'obligation manuscrite de la mention NS justifiée mais sa forme manuscrite reste toujours possible pour justifier la mention NS.

Nous attirons votre attention qu'à partir du 1^{er} janvier 2020, les ordonnances mal renseignées seront considérées non conformes. Les pharmaciens devront alors proposer la substitution au patient.

Votre logiciel d'aide à la prescription va évoluer.

La mention NS n'a plus à être obligatoirement manuscrite, et le recours à un logiciel d'aide à la prescription pour l'inscription de cette mention et de sa justification est maintenant possible.

Votre logiciel d'aide à la prescription va ainsi évoluer pour permettre :

- D'inscrire informatiquement sur la prescription le critère NS choisi,
- **De bloquer l'inscription d'un critère NS sur un médicament non compatible avec ce critère**

Si au 1^{er} janvier 2020, votre LAP n'est pas prêt, vous pourrez toujours inscrire manuellement la mention NS ainsi que sa justification, tout en respectant les nouvelles modalités prévues par l'arrêté et décrites dans cette fiche.

Conséquences pour le patient qui refuse la substitution, sans mention NS médicalement justifiée :

A partir du 1^{er} janvier 2020, un patient qui refuse la substitution du médicament prescrit par une spécialité générique du même groupe générique, sans une raison médicale dûment justifiée par la mention NS appropriée sur l'ordonnance, devra régler au pharmacien la totalité du prix du médicament princeps qu'il a souhaité conserver (pas de Tiers Payant). Il sera ensuite remboursé sur la base du prix du médicament générique le plus cher du groupe générique correspondant et devra donc supporter un reste à charge correspondant à la différence de ce prix et celui du médicament princeps délivré.

Nouvelles modalités de dispensation et de facturation si mention NS sur l'ordonnance

Sur présentation d'une ordonnance avec une spécialité figurant dans un groupe générique, le pharmacien doit systématiquement proposer la substitution par un médicament générique ; cependant le médecin peut s'y opposer en recourant à la mention « non substituable » (NS) sur l'ordonnance, conformément à l'article L. 5125-23 du Code de la Santé Publique.

L'article 66 de la LFSS pour 2019 prévoit de nouvelles modalités de prescription et de prise en charge des médicaments inscrits au répertoire des médicaments génériques, à travers de nouvelles règles relatives à la mention « non substituable » pour limiter le recours injustifié à la mention NS et favoriser la substitution.

Qu'est ce qui change à partir du 1^{er} janvier 2020 ?

A compter du 1^{er} janvier 2020, de nouvelles modalités de recours à la mention NS et de prise en charge des médicaments appartenant à un groupe générique sont prévues.

- Fin de l'obligation manuscrite de la mention NS;
- Obligation de justifier la mention NS + liste restrictive des justificatifs autorisés ;
- Modification de la prise en charge des médicaments princeps appartenant à un groupe générique.

De nouvelles règles entrent en vigueur et apportent des changements tant au niveau de la prescription que de la dispensation.

Changement au niveau de la prescription

En plus de la mention NS, devra obligatoirement figurer sur l'ordonnance, la raison médicale qui justifie la décision du médecin de ne pas autoriser la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique.

Cette décision devra également être fondée exclusivement sur l'une des 3 situations médicales visées par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019, publié au JO du 19 novembre 2019.

Il ne s'agit plus seulement d'une « mention expresse » portée sur l'ordonnance, pour des raisons particulières tenant au patient, mais d'une « mention expresse **et justifiée** ».

Réglementation antérieure

Docteur Dupont
21 janvier 2019 Madame X
non substituable Spécialité A - DCI



Réglementation à partir du 1^{er} janvier 2020

Docteur Dupont
1 ^{er} janvier 2020 Madame X
non substituable (MTE) Spécialité A - DCI <i>ou</i> Spécialité A - DCI non substituable (MTE)

La mention doit apparaître pour chaque médicament concerné et pour chaque situation médicale visée.

L'arrêté du 12 novembre 2019, pris en application de l'article L. 5125-23 du CSP prévoit **3 situations médicales** pouvant justifier un refus de substitution et autorisant le recours à la mention NS :

- ❖ **Situation n°1 : médicament à marge thérapeutique étroite** pour assurer la stabilité de la dispensation, lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement,

↳ notée « **non substituable (MTE)** » sur l'ordonnance ;

- ❖ **Situation n°2 : enfant de moins de moins de 6 ans** lorsqu'aucun médicament générique n'a une **forme galénique adaptée** et que le médicament de référence disponible permet cette administration,

↳ notée « **non substituable (EFG)** » sur l'ordonnance ;

Annexe 2 : communication de l'Assurance Maladie à destination des pharmaciens

- ❖ **Situation n°3** : patient présentant une **contre-indication formelle et démontrée** à un **excipient à effet notoire** si excipient présent dans tous les médicaments génériques disponibles, lorsque le médicament de référence correspondant ne comporte pas cet excipient,

⇒ notée « **non substituable (CIF)** » sur l'ordonnance.

L'utilisation du critère médical **MTE** est également associée à une liste restrictive de principes actifs :

- ❖ lamotrigine, lévétiracétam, pregabaline, topiramate, valproate de sodium et zonisomide, (des antiépileptiques),
- ❖ lévothyroxine (une hormone thyroïdienne)
- ❖ azathioprine, ciclosporine, évérolimus, mycophénolate mofétil et mycophénolate sodique (des immunosuppresseurs),
- ❖ et buprénorphine (un traitement substitutif aux opiacés).

Il est à noter que l'article 66 met fin à l'obligation manuscrite de la mention NS justifiée mais sa forme manuscrite restera toujours possible.

Changement au niveau de la dispensation

Sur présentation d'une ordonnance avec une spécialité figurant dans un groupe générique, vous devez continuer de proposer systématiquement la substitution par un médicament générique sauf, si le médecin a mentionné « NS » sur l'ordonnance dans le respect des nouvelles modalités de l'arrêté du 12 novembre 2019 (Cf. § concernant changement au niveau de la prescription).

Vous devez ainsi vérifier que la mention NS est bien accompagnée d'un des 3 critères médicaux autorisés (MTE, CIF ou EFG) et, en présence du motif « MTE », vous devez également vérifier que le principe actif correspond bien à l'un de ceux de la liste (de l'arrêté).

Toute mention NS mal renseignée sur l'ordonnance devra être considérée comme non conforme et la substitution devra être proposée au patient.

Que faire en présence d'une ordonnance portant une mention NS justifiée ?

- ❖ Si le médecin a apposé sur l'ordonnance une mention «non substituable», justifiée par l'un des critères défini par l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019 :
 - Vous délivrez le médicament princeps au patient. Vous renseignez «**M**» dans la zone «**Mode de prescription**», et laissez **vide** la zone «**Indicateur de substitution**».
 - ⇒ Prise en charge du médicament princeps sur sa base de remboursement.
 - ⇒ Tiers Payant AMO autorisé.
 - Si vous ne disposez pas du médicament princeps et que vous délivrez le médicament générique, vous renseignez «**M**» dans la zone «**Mode de prescription**» et «**U**» pour Urgence dans la zone «**Indicateur de substitution**».
 - ⇒ Prise en charge du médicament générique sur sa base de remboursement.
 - ⇒ Tiers Payant AMO autorisé.

Que faire en présence d'une ordonnance ne comportant pas de mention NS, ou sans justification, ou avec une justification non conforme à l'arrêté ?

- ❖ Si le médecin n'a pas apposé sur l'ordonnance une mention «non substituable» justifiée par l'un des critères autorisés :
 - Vous délivrez le médicament générique et laissez **vide** les zones «**Indicateur de substitution**» et «**Mode de prescription**».
 - ⇒ Prise en charge du médicament générique sur sa base de remboursement.
 - ⇒ Tiers Payant AMO autorisé.

Annexe 2 : communication de l'Assurance Maladie à destination des pharmaciens

- Si le patient refuse la substitution par un médicament générique et que vous lui délivrez le médicament princeps, vous devez saisir «**N**» dans la zone «**Indicateur de substitution**» et laissez **vide** la zone «**Mode de prescription**».
 - ⇒ Facturation au patient du prix TTC total du médicament princeps délivré.
 - ⇒ Pas de Tiers Payant AMO autorisé.
 - ⇒ Feuille de soins papier remise au patient (à lui de l'adresser à sa caisse pour obtenir un remboursement).
 - ⇒ Prise en charge du médicament princeps délivré sur la base du tarif ajusté (BR minorée).
 - ⇒ Reste à charge pour le patient (= différence entre le prix du médicament princeps délivré et le prix du médicament générique le plus cher du groupe).

- Si la substitution n'est pas possible à cause d'une rupture d'approvisionnement avérée du médicament générique (aucune possibilité de se le procurer dans les 72 heures), vous délivrez le médicament princeps et laissez **vide** la zone «**Mode de prescription**» mais renseignez «**U**» pour Urgence dans la zone «**Indicateur de substitution**».
 - ⇒ Prise en charge du médicament princeps sur sa base de remboursement.
 - ⇒ Tiers Payant AMO autorisé.

Annexe 2 : communication de l'Assurance Maladie à destination des pharmaciens

Comment renseigner la FSP si le patient refuse la substitution par un médicament générique en présence d'une ordonnance ne comportant pas de mention NS justifiée ?

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8
date : 0 3 0 1 2 0 2 0

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURÉ(E)
nom et prénom :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 0
date de naissance : / /

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
nom et prénom :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation :
ADRESSE de L'ASSURÉ(E) :

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR
Pharmacie Fictive
762 699 999
PHARMACIEN REMPLACANT
nom et prénom :
identifiant :
dispositif de coordination de soins - réseau de santé :

IDENTIFICATION de la STRUCTURE
nom et prénom : Dr Médecin Fictif
raison sociale :
n° de la structure (SAM, FINESSE ou SIRET) : 7 6 1 9 9 9 9 4 5

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS
date de la prescription médicale : 0 2 0 1 2 0 2 0
date de l'accord préalable (le cas échéant) :

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)
acte conforme au protocole ALD : action de prévention : autre :
accident causé par un tiers : non oui date : / /

AT/MP numéro : / ou date : / /

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code acte	CIP / LPP	Code Labo	Top Décond.	Qté	P.U.	Mt factu.	Libellé	Mod. presc.	Indic. Substit.	Date Déb loc	Date fin loc
PH7	340093322185			5	1.11	6.65	UVEDOSE Honoraire de dispensation		N		
HD7							ARTOTEC Honoraire de dispensation		M		
PH2	3400933649265			4	7.37	29.48					
HD2											

PAIEMENT
MONTANT TOTAL en euros : 4 5 , 3 1
L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire
signature du pharmacien ou du fournisseur : **SPECIMEN** signature de l'assuré(e) :
impossibilité de signer : X

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 319-1 à 319-3, 403-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie. FSPHF 10-2014 S3115h

n détaillée	Homéo	Top	Qté	PU	Mt factu.	Libellé	Fibre	Mod.	Indic.	Date	Date
CIP / Ref LPP	code	décondi-	délivrée ou				btes	presc.	Substit.	déb loc	lo
	labo	tion.	utilisée				Utili.				
340093322185			5	1.11	6.65	UVEDOSE Honoraire de			N		
3400933649265			4	7.37	29.48	ARTOTEC Honoraire de		M			

1^{er} cas : CIP 340093322185 « Refus de substitution »

Qté délivrée = 5 / PU = Tarif du PU ajusté 1.11€ / Montant facturé = Qté*PTTC Princeps (6.65 = 5*1.33€)
⇒ Le système va se limiter au remboursement 5*1.11€ soit 5.55€*65%=3.61€

2^{ème} cas : CIP 3400933649265 « Non substitution générique justifiée par le médecin »

Qté délivrée = 4 / PU = PU PPTC du Princeps 7.37 € / Montant facturé = Qté*PPTC Princeps (29.48= 4*7.37€)
⇒ Remboursement 29.48€*15%=4.42

Montant total facturé avec les HD 45.31€

Quels impacts financiers pour vous ?

- ↳ Aucun impact financier pour le pharmacien.

Si vous délivrez un médicament princeps à un patient qui refuse la substitution sans mention NS médicalement justifiée, vous facturez au patient le prix TTC total du médicament princeps.

Seul le patient supportera financièrement son refus injustifié du médicament générique par un remboursement minoré.

Cette règle s'applique-t-elle à tous les patients ?

- ↳ Oui, pas de distinction selon la situation des patients (quelle que soit sa situation financière, médicale, administrative, ou autre...).

La base de remboursement minorée en cas de délivrance non médicalement justifiée d'un médicament princeps, concernera l'ensemble des patients même ceux qui bénéficient d'une dispense légale au Tiers Payant.

- ↳ En cas de victime d'attentat, le pharmacien ne devra pas générer de code prestation de dépassement si le patient refuse la substitution sans mention NS justifiée.

Quels autres changements sont attendus en 2020 ?

- ✓ **Un nouvel arrêté** est attendu en début d'année prochaine. Il définira et précisera une nouvelle **situation médicale** permettant au pharmacien d'exclure la substitution même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance.

L'évolution de vos logiciels de facturation et d'aide à la dispensation pour l'intégration des critères de NS, justifiées par les médecins et les pharmaciens.