

> Développeurs de logiciels – Pharmacie

## Adoption des règlements associés au projet de loi 31 et des modifications réglementaires visant le retrait des contributions sur certains services pharmaceutiques

Les règlements associés au projet de loi 31 ont été adoptés et les modifications réglementaires visant le retrait des contributions sur certains services pharmaceutiques ont été sanctionnées le **16 décembre 2020**. Ces changements entrent en vigueur le 25 janvier 2021.

Le Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments ont été modifiés afin de déterminer les activités professionnelles des pharmaciens qui sont couvertes dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie ou par le régime général d'assurance médicaments. Ce règlement précise les services pharmaceutiques pour lesquels aucune contribution ne doit être exigée de la personne assurée.

À la suite de l'adoption des règlements découlant du projet de loi 31, des modifications ont été apportées à certaines règles de l'entente entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Cette infolettre précise les modifications qui émanent de l'adoption du projet de loi 31. La mise en place de ces éléments se fera le **25 janvier 2021**. Nous vous communiquerons dès la première semaine de janvier les dates pour vos essais et la disponibilité de la disponibilité de l'environnement partenaire.

Pour tout renseignement supplémentaire à ce sujet, vous pouvez transmettre vos questions ou commentaires à [Support\\_CIP-Pilotage.CIP@ramq.gouv.qc.ca](mailto:Support_CIP-Pilotage.CIP@ramq.gouv.qc.ca).

### 1 Retrait des contributions

#### 1.1 Activités professionnelles sans contribution couvertes dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie (couverture universelle)

Le code de programme **07** est maintenant défini comme un ensemble de services offerts par les pharmaciens remboursés selon la Loi sur l'assurance maladie. Pour l'ensemble de la population québécoise, ces services sont couverts par la RAMQ et ne sont plus soumis à la contribution.

Le code de programme **07** est obligatoire pour les services suivants :

- Retrait des contributions avec le code de service **V** :
  - Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse
- Retrait des contributions avec le code de service **W** :
  - Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques
- Retrait des contributions avec le code de service **SP\*** :
  - Service de prise en charge en soins palliatifs
- Retrait des contributions avec le code de service **IU** :
  - Service d'administration d'un médicament en situation d'urgence
- Retrait des contributions avec le code de service **VA** :
  - Service d'accès en pharmacie à la vaccination

- Nouveau service en vigueur avec le code de service **DC\*** :
  - Demande de consultation à un pharmacien
- Changement de programme pour le code de service **04\*** :
  - Amorce de la contraception orale d'urgence

\*Consultez les sections suivantes pour de plus amples informations.

## 1.2 Activités professionnelles sans contribution couvertes par le régime général d'assurance médicaments

Les services suivants demeurent des services couverts par le régime général d'assurance médicaments. Ces services sont donc couverts par l'assureur de la personne (privé ou public). Cependant, ils sont désormais exempts de contribution.

- Retrait des contributions avec le code de service **AD** :
  - Service de modification d'une thérapie médicamenteuse
- Retrait des contributions avec le code de service **FE** :
  - Service d'administration d'un médicament pour en démontrer l'usage approprié
- Retrait des contributions avec le code de service **RA** :
  - Service de substitution thérapeutique d'un médicament
- Retrait des contributions avec le code de service **Z** :
  - Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation
- Retrait des contributions avec le code de service **PH\*** :
  - Service de prise en charge après une hospitalisation

\*Consultez les sections suivantes pour de plus amples informations.

## 2 Changements au code de service V

V est le code de service en lien avec les règles 30 et 31 de l'Entente.

Le titre du code de service **V** est modifié pour *Prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le code de programme est obligatoire et doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.

### 2.1 Pour la prescription d'un médicament (anciennement : le traitement de conditions mineures)

Le type de service doit correspondre à **A** : prescription d'un médicament.

Certains codes d'intervention sont retirés et d'autres sont ajoutés :

Conditions	Code	Action
Désactiver la condition mineure du <b>muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde</b>	<b>GH</b>	Désactiver au 24 janvier 2021
Ajouter la condition de la <b>candidose cutanée</b>	<b>GM</b>	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la condition de la <b>candidose orale</b>	<b>GN</b>	Activer au 25 janvier 2021

## 2.2 Pour la prescription d'un médicament

Un **nouveau** type de service doit correspondre à **C** : prescription d'un médicament.

Le tarif pour le type **C** est de 20,42 \$.

Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

Conditions	Code	Action
Ajouter la condition du traitement antiviral d'un patient présentant des signes et symptômes s'apparentant à l' <b>herpès zoster</b>	GY	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la condition du <b>traitement antiviral contre l'influenza</b>	GZ	Activer au 25 janvier 2021

## 2.3 Pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse (anciennement : le traitement des cas où aucun diagnostic n'est requis)

Le type de service doit correspondre à **B** : amorce d'une thérapie médicamenteuse.

Certains codes d'intervention sont retirés et d'autres sont ajoutés :

Conditions	Code	Action
Ajouter l' <b>amorce de la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme</b>	HK	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce de la prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à l'influenza</b>	HI	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce de la prophylaxie post exposition accidentelle au VIH</b>	HM	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce du traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée</b>	HN	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce du traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien selon les dispositions règlementaires</b>	HO	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce du traitement de la gonorrhée et de la chlamydia pour le traitement accéléré des partenaires</b>	HP	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter l' <b>amorce du traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports</b>	HQ	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la <b>prévention des nausées et vomissements excluant le mal des transports;</b>	HR	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la <b>contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six (6) mois</b>	HS	Activer au 25 janvier 2021
Modifier pour <b>Cessation tabagique</b> Bupropion est accepté pour 12 semaines Varenicline est accepté pour 12 à 24 semaines	HE	Activer au 25 janvier 2021
Désactiver <b>nausées et vomissement reliés à la grossesse</b>	HD	Désactiver au 24 janvier 2021
Désactiver <b>Contraception hormonale à la suite d'une prescription d'un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximum de 3 mois (*sexe féminin)</b>	HF	Désactiver au 24 janvier 2021

### 3 Retrait du code de programme 04

Le Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence (COU) prendra fin le 24 janvier 2021.

À partir du 25 janvier 2021, la prestation du service relié à la contraception orale d'urgence devient une activité du service d'amorce d'une thérapie médicamenteuse.

**4** est le code de service en lien avec la règle 31 de l'Entente.

Le titre du code de service **4** est modifié pour *Amorce de la contraception orale d'urgence*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - Ce service n'est pas soumis à la contribution.
  - Le code de programme doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
  - Le code de service doit correspondre à **4** Amorce de la contraception orale d'urgence.

### 4 Changements pour le code de service W

**W** est le code de service en lien avec la règle 32 de l'Entente.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le code de programme doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
  - Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription d'un professionnel à la RAMQ. Il peut s'agir d'un professionnel autre qu'un médecin.

### 5 Changements pour le code de service Z

**Z** est le code de service en lien avec la règle 35 de l'Entente.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le tarif payable pour le code de service **Z** passe d'une à deux fois par période de 12 mois.

### 6 Changements pour le code de service FE

**FE** est un des codes de service en lien avec la règle 36 de l'Entente.

Le titre de la règle 36 est modifié pour *Administration d'un médicament*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.

### 7 Changements pour le code de service IU

**IU** est un des codes de service en lien avec la règle 36 de l'Entente.

À partir du 25 janvier 2021, le code de service **IU** fait partie de la règle 36. Le titre de la règle 36 est modifié pour *Administration d'un médicament*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le code de programme doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.

## 8 Changements pour le code de service RA

RA est le code de service en lien avec la règle 37 de l'Entente.

Le titre de la règle 37 est modifié pour *Substitution thérapeutique d'un médicament*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le code d'intervention doit correspondre à :
    - **A** : Rupture d'approvisionnement (le DIN du médicament en rupture est obligatoire);
    - **B** : Risque pour la sécurité du patient (le DIN du médicament alternatif est obligatoire).

## 9 Changements pour le code de service AD

AD est le code de service en lien avec la règle 38 de l'Entente.

Le titre de la règle 38 est modifié pour *Modification d'une thérapie médicamenteuse*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le DIN du médicament ajusté est obligatoire.
  - Un code d'intervention est obligatoire.

Certains codes d'intervention sont retirés et d'autres sont ajoutés :

Conditions	Code	Action
Ajouter la condition <b>Autres situations</b>	JH	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la condition <b>Assurer l'efficacité ou la sécurité de la thérapie</b>	Jl	Activer au 25 janvier 2021
Ajouter la condition <b>Cesser</b>	JJ	Activer au 25 janvier 2021

- La tarification est de 20,42 \$ par demande de paiement.
  - Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, par pharmacie pour des dénominations communes différentes est permis.
  - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement. À partir de la 5e demande de paiement transmise un des messages suivants s'affichera :
    - Message RM : Maximum quotidien dépassé NCE : \*\*\*\*\*
    - Message A3 : Service déjà payé NCE : \*\*\*\*\*

## 10 Changements pour le code de service SP

SP est le code de service en lien avec la règle 39 de l'Entente.

Le titre de la règle 39 est *Service de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - L'entrée en vigueur est le 25 janvier 2021.
  - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
  - Le code de programme doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
  - Le code de service doit correspondre à **SP** Service de prise en charge en soins palliatifs.
  - Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.

- Un forfait hebdomadaire à 30,47 \$ par numéro d'assurance maladie :
  - o 1 réclamation par période de 7 jours;
  - o Si le délai pour une réclamation est plus petit que 7 jours :
    - Message spécifique H7 Service déjà payé pour la personne assurée;
    - Message spécifique MY Déjà payé autre pharmacie.
- Le code de service AD ne peut être utilisé en même temps (Ajustement de la dose) :
  - Message spécifique NU Service AD ne peut être facturé en même temps que service SP.
- Ce service n'est pas soumis à la contribution (Nam inscrit à l'assurance-médicaments).

## 11 Changements pour le code de service PH

PH est le code de service en lien avec la règle 40 de l'Entente.

Le titre de la règle 40 est *Service de prise en charge après hospitalisation*.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
    - L'entrée en vigueur est le 25 janvier 2021.
    - À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
    - Le code de service doit correspondre à **PH** Prise en charge après à une hospitalisation.
    - La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
    - Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
    - Afin de répondre à la condition « au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants », ajouter sur la demande de paiement 3 codes d'intervention :
      - AC : pour un ajustement;
      - AD : pour un ajout;
      - AE : pour une cessation.
- Trois codes d'intervention doivent être présents sur la demande de paiement et ils peuvent être identiques ou différents. Par exemple, une fois AD, AC ou AD et deux fois AE.
- Message spécifique 69 : Trois codes intervention obligatoires avec service PH.
- La tarification est de 25,39 \$.

## 12 Nouveau code de service DC

DC est le code de service en lien avec la règle 41 de l'Entente.

Le titre de la règle 41 est *Demande de consultation à un pharmacien*.

Voici l'énoncé de la règle 41 :

La Régie paie au pharmacien le tarif prévu au point XX de l'Annexe III lorsqu'un pharmacien répond à une demande de consultation d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments, excluant un pharmacien communautaire, pour évaluer la thérapie médicamenteuse d'un patient.

La demande de consultation peut être transmise par tout moyen au pharmacien. Le pharmacien consulté fournit une réponse écrite au professionnel qui requiert ses services et s'assure de son accord avant d'amorcer, de modifier ou de cesser la thérapie médicamenteuse d'un patient.

Voici les situations de demandes de consultation payables en vertu de la présente règle :

- Révision de l'historique des traitements et recommandations;
- Recommandations sur la conduite à tenir en rapport avec des effets indésirables ou des anomalies de laboratoire pour des traitements ou médicaments;
- Analyse pharmacologique pour déterminer la présence ou l'absence d'un médicament en cause dans un problème de santé ou une anomalie de laboratoire;
- Plan de sevrage d'un médicament avec suivi;

- Évaluation des meilleures options pharmacologiques pour une condition particulière sans réponse au traitement pharmacologique de première intention;
- Suggestions d'un traitement alternatif ou d'un titrage de médicament lorsqu'il n'existe aucun algorithme de traitement ou nomogramme s'appliquant à ce patient.

Le pharmacien doit consigner au dossier de la personne assurée concernée la date et l'heure de la demande de consultation, le nom du demandeur, le contenu de la demande du professionnel habilité et le contenu de la consultation, incluant les recommandations visant la personne assurée. Une copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques et les refus en lien avec la réponse à la demande de consultation par le pharmacien ne sont pas payables.

La demande de consultation n'est pas facturable si elle donne lieu exclusivement à une recommandation de prise en charge pour l'atteinte de cibles thérapeutiques ou à une recommandation de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs exécutée dans la même pharmacie.

- Principes à respecter : ajout, retrait ou modification
  - L'entrée en vigueur est le 25 janvier 2021.
  - Ce service n'est pas soumis à la contribution.
  - Le code de programme doit correspondre à **07** Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
  - Le code de service doit correspondre à **DC**.
  - La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
  - Dans le champ *Prescripteur*, le numéro du prescripteur doit correspondre au professionnel qui fait la demande de consultation.
  - Dans le champ *Pharmacien instrumentant*, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond de la demande de consultation.
    - Un pharmacien peut faire une demande de consultation à un autre pharmacien, mais le champ *Prescripteur* et le champ *Pharmacien instrumentant* ne peuvent pas être identique.  
Message spécifique D3 : Prescripteur non admissible
  - Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

Codes d'intervention possibles	
Révision de l'historique des traitements et recommandations	JK
Recommandations sur la conduite à tenir en rapport avec des effets indésirables ou des anomalies de laboratoire pour des traitements ou médicaments	JL
Analyse pharmacologique pour déterminer la présence ou l'absence d'un médicament en cause dans un problème de santé ou une anomalie de laboratoire	JM
Plan de sevrage d'un médicament avec suivi	JN
Évaluation des meilleures options pharmacologiques pour une condition particulière sans réponse au traitement pharmacologique de première intention	JO
Suggestions d'un traitement alternatif ou d'un titrage de médicament lorsqu'il n'existe aucun algorithme de traitement ou nomogramme s'appliquant à ce patient	JP

- Contrôle sur la fréquence des demandes :
  - Une demande de consultation pour un numéro d'assurance maladie :
    - Par pharmacie (raison sociale)
    - Par jour
    - Par numéro de professionnel demandeur (champ Prescripteur)
- La tarification est de 40,84 \$.