

> Pharmaciens propriétaires

Renouvellement de l'Entente 2020-2022

Le ministre de la Santé et des Services sociaux et les représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) ont convenu du renouvellement de l'entente des pharmaciens pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2022.

Les nouvelles dispositions entrent en vigueur le 25 janvier 2021. À compter de cette date, les services rendus dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments pourront nous être facturés selon les nouvelles dispositions en vigueur.

Le texte officiel de l'Entente est disponible sous l'infolettre, dans la section réservée à votre profession, sur notre site, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

1 Modalités générales

1.1 Renouvellement de l'Entente pour deux ans

L'Entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'AQPP est renouvelée pour une période de 2 ans. Ainsi, elle couvre la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2022.

1.2 Indexation des tarifs au 1^{er} avril 2020 et au 1^{er} avril 2021

Une indexation de 1,75 % des tarifs est prévue au 1^{er} avril 2020. Une seconde indexation de 1,75 % des tarifs est prévue au 1^{er} avril 2021. Ces indexations seront réparties de façon paramétrique sur l'ensemble des codes de services. Les nouveaux tarifs s'appliqueront à une date ultérieure.

Le [tableau des tarifs](#) se trouve en annexe de la présente infolettre.

1.3 Versement rétroactif

Nous procéderons prochainement à un versement rétroactif pour un ajustement aux tarifs en vigueur depuis le 1^{er} avril 2020.

Vous serez informé de la date de ce versement lors d'une prochaine infolettre.

1.4 Modification du délai de correction d'une erreur de facturation


Le délai de correction d'une erreur de facturation est prévu à l'article 5 de l'Entente. Il était de 90 jours. Les parties ont convenu de l'augmenter à 135 jours. Le paragraphe 5.04 de l'article 5 se lit donc ainsi :

5.04 Même si la demande de paiement est autorisée, le pharmacien qui désire modifier les renseignements fournis doit annuler la demande de paiement et, s'il y a lieu, en produire une autre dans un délai de cent-trente-cinq (135) jours de la date de l'autorisation de paiement.

2 Changements à l'Entente

2.1 Règle 5 – Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

La Règle 5 relative à la contraception orale d'urgence est abrogée. Cette activité est maintenant prévue à la règle 31.

| Site Web et fils RSS | Téléphone | Heures d'ouverture |
|---|-----------------------------------|--|
| www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels | Québec 418 780-4208 | Du lundi au vendredi, |
| Abonnez-vous à nos fils RSS  | Ailleurs au Québec 1 888 330-3023 | de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30 |
| Avant de nous téléphoner, consultez les flash-infos au www.ramq.gouv.qc.ca/flash-infos . | | (mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30) |

2.2 Règle 24 – Pilulier

La Règle 24 relative au pilulier est modifiée. Le paragraphe suivant est retiré :

Cependant, le service du pilulier n'est pas un service payable par la Régie pour les personnes résidant dans une installation maintenue par un établissement public ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé. La Régie tient à jour une liste de ces établissements qu'elle met à la disposition du pharmacien.

2.3 Règles 30 – Prescription d'un médicament et 31 – Amorce d'une thérapie médicamenteuse

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

Principes à respecter

- 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**.

2.3.1 Règle 30 : modification du titre pour Prescription d'un médicament (anciennement : Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour 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 |
|--|------|
| la condition de la candidose cutanée est ajoutée | GM |
| la condition de la candidose orale est ajoutée | GN |
| la condition mineure du muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde est retirée au 24 janvier 2021 | GH |

- Un **nouveau** type de service doit correspondre à **C – Prescription d'un médicament**.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

| Conditions | Code |
|--|------|
| la condition du traitement antiviral d'un patient présentant des signes et symptômes s'apparentant à l' herpès zoster | GY |
| la condition du traitement antiviral contre l'influenza | GZ |

2.3.2 Règle 31 : modification du titre pour Amorce d'une thérapie médicamenteuse (anciennement : Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels 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 |
|---|------|
| L' amorce de la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme est ajoutée | HK |
| L' amorce de la prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à l' influenza est ajoutée | HL |
| L' amorce de la prophylaxie post exposition accidentelle au VIH est ajoutée | HM |

| Conditions | Code |
|---|------|
| L'amorce du traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée est ajoutée | HN |
| L'amorce du traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien selon les dispositions réglementaires est ajoutée | HO |
| L'amorce du traitement de la gonorrhée et de la chlamydia pour le traitement accéléré des partenaires est ajoutée | HP |
| L'amorce du traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports est ajoutée | HQ |
| La prévention des nausées et vomissements excluant le mal des transports est ajoutée | HR |
| La contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six (6) mois est ajoutée | HS |
| Modifié pour cessation tabagique <ul style="list-style-type: none"> • Bupropion est accepté pour 12 semaines • Varenicline est accepté pour 12 à 24 semaines | HE |
| La condition nausées et vomissements liés à la grossesse est retirée au 24 janvier 2021 | HD |
| La 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) est retirée au 24 janvier 2021 | HF |

Le Programme de gratuité de la prestation des services liés à la contraception orale d'urgence (COU) prend 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 (règle 31).

Principes à respecter

- 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.*

2.4 Règles 32, 33 et 34 – Services de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques

Principes à respecter

- À partir du 25 janvier 2021, ces services ne sont 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 **W**.

2.5 Règle 35 – Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation

Principes à respecter

- 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 par personne assurée.

2.6 Règle 36 – Administration d'un médicament

Le titre de la règle 36 est modifié pour *Administration d'un médicament*. En plus de l'administration d'un médicament pour en démontrer l'usage approprié (code de service **FE**), cette règle comprend désormais l'administration d'un médicament lors d'une situation d'urgence (code de service **IU**).

Principes à respecter

- 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**. Il doit être utilisé lors de l'administration d'un médicament en situation d'urgence (code de service **IU**).

2.7 Règle 37 – Substitution thérapeutique d'un médicament

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

Principes à respecter

- À partir du 25 janvier 2021, ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le code d'intervention doit correspondre à :
 - AA** : Rupture d'approvisionnement
 - o Le DIN du médicament en rupture est obligatoire.
 - AB** : Risque pour la sécurité du patient
 - o Le DIN du médicament alternatif est obligatoire.
 - AF** : Officiellement retiré du marché canadien
 - o Le DIN du médicament en rupture est obligatoire.
 - AG** : Présentant un problème relatif à son administration
 - o Le DIN du médicament alternatif est obligatoire.

2.8 Règle 38 – Modification d'une thérapie médicamenteuse

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

Principes à respecter

- 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 ajoutés :

| Conditions | Code |
|--|------|
| Ajouter la condition Autres situations | JH |
| Ajouter la condition Assurer l'efficacité ou la sécurité de la thérapie | JI |
| Ajouter la condition Cesser | JJ |

Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, par personne assurée 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 5^e demande de paiement transmise, un des messages suivants s'affichera :

- Message **RM** : Maximum quotidien dépassé NCE : *****
- Message **A3** : Service déjà payé NCE : *****

2.9 Règle 39 – Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs

Principes à respecter

- L'entrée en vigueur est le 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*. L'entrée en vigueur du code de service **SP** est le 25 janvier 2021.
- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.

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.*

2.10 Règle 40 – Prise en charge après une hospitalisation

Principes à respecter

- L'entrée en vigueur est le 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**.

2.11 Ajout d'une nouvelle activité rémunérée

La règle 41 – Demande de consultation à un pharmacien est ajoutée à l'Entente.

Principes à respecter

- 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.

- o Dans le champ **Pharmacien instrumentant**, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond de la demande de consultation.

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 |

- Une seule demande de consultation par personne assurée, par pharmacie, par jour, pour un même professionnel de la santé, excluant un pharmacien communautaire.

Tarifs

| Code de service | Type de service | Cumul d'ordonnances | Tarif 2019-2020* |
|---|--|--|-----------------------------|
| V : Prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse | A : Prescription d'un médicament B : Amorce d'une thérapie médicamenteuse | | 16,51 \$ |
| V : Prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse | C : Prescription d'un médicament | | 20,42\$ |
| W : Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques | A : Rencontre initiale | un seul champ thérapeutique | 15,99 \$ |
| | | deux champs thérapeutiques ou plus | 20,12 \$ |
| | B : Prise en charge | montant forfaitaire annuel | 41,27 \$ en deux versements |
| | | montant forfaitaire annuel : champ thérapeutique additionnel | 20,63 \$ en deux versements |
| Z : Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation | | | 12,90 \$ |
| RA : Substitution thérapeutique d'un médicament | | | 16,51 \$ |
| AD : Modification d'une thérapie médicamenteuse | | | 20,42 \$ |
| FE : Administration d'un médicament | | | 18,59 \$ |
| IU : Service de prescription et d'administration d'un médicament en situation d'urgence | A et B | | 18,59 \$ |
| SP : Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs | | | 30,47 \$ |
| PH : Prise en charge après une hospitalisation | | | 25,39 \$ |
| DC : Demande de consultation à un pharmacien | | | 40,84 \$ |
| 4 : Prestation de services reliés à la contraception orale d'urgence | | | 18,59 \$ |
| *Tous les tarifs sont sujets à indexation d'ici le 1 ^{er} avril 2021 pour la période 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021. | | | |
| Une deuxième indexation est prévue pour la période du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. | | | |