Régie de l'assurance maladie Québec

Infolettre RAMQ

8 décembre 2022
266

> Développeurs de logiciels en pharmacie

Renouvellement de l'Entente 2022-2025

Le ministre de la Santé et des Services sociaux et les représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires ont convenu du renouvellement de l'entente des pharmaciens pour une période de 3 ans.

Elle couvre la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2025.

À compter du 15 février 2023, 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.

Cette infolettre précise les modifications à la communication interactive en pharmacie. La mise en place de ces éléments se fera le 15 février 2023. L'environnement partenaire sera disponible à compter du 25 janvier 2023 pour vos essais. Pour tout renseignement supplémentaire à ce sujet, vous pouvez transmettre vos questions ou commentaires à Support_CIP-Pilotage.CIP@ramq.gouv.qc.ca.

1 Modalités générales

1.1 Indexation des tarifs au 1er avril 2022, 2023 et 2024

Une indexation des tarifs de distribution de 3,5 % est prévue au 1er avril 2022. Une seconde indexation de 2,2 % est prévue au 1er avril 2023 et, enfin, une troisième indexation de 2 % est prévue au 1er avril 2024.

Une indexation des tarifs des activités cliniques de 5 % par année est prévue au 1er avril 2022, au 1er avril 2023 et au 1er avril 2024.

- Cette indexation ne s'applique pas à la vaccination pour l'année 2022.
- Cette indexation ne s'applique pas aux opinions pharmaceutiques et aux refus. Cependant, lorsque l'opinion pharmaceutique pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse entrera en vigueur au 1er avril 2024, celle-ci entrera en vigueur au tarif de l'opinion pharmaceutique indexé de 5 % par année, soit 24,60 $.
- Quant au tarif de l'amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence, celui-ci demeure sans indexation jusqu'à ce que les tarifs d'amorce d'une thérapie médicamenteuse l'aient rejoint et sera ensuite indexé conformément à ces derniers.

Le tableau des tarifs se trouve en annexe de la présente infolettre pour tous les codes de service.

1.2 Versement rétroactif

Nous procéderons en 2023 à un versement rétroactif pour un ajustement aux tarifs en vigueur du 1er avril 2022 au 14 février 2023.

2 Changements à l'Entente 2022-2025 modifiant un ou des principes de facturation

2.1 Règles 6, 7, 8, 9 sur le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement

Il est convenu que les règles relatives au refus d'exécution d'une ordonnance sont abrogées au 31 mars 2023.

Une ou des instructions de facturation modifiées :

- Fin du code de service **1** en date du 31 mars 2023;

- Fin des codes d'intervention suivants en date du 31 mars 2023 : CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL et CO.

2.2 Règles 10, 11, 13 et 14 sur l'opinion pharmaceutique

Il est convenu que les règles relatives à l'opinion pharmaceutique sont conservées sans modification jusqu'au 31 mars 2024.

Les règles sur l'opinion pharmaceutique seront remplacées par une nouvelle règle sur l'opinion pharmaceutique à compter du 1er avril 2024 – Instruction à venir.

2.3 Règle 15 sur la pharmacothérapie initiale

Les parties ont convenu d'abroger la règle 15 sur la pharmacothérapie initiale.

Une ou des instructions de facturation sont modifiées :

- Code de service O;
- Fin du code d'intervention MT en date du 14 février 2023 :
  - MT : pour indiquer la pharmacothérapie initiale.

2.4 Règle 16 sur les préparations magistrales non stériles

Les montants alloués aux préparations magistrales de type M1, M2 et M3 sont indexés.

Les changements à venir sont les honoraires de préparation de la mise en capsule et les honoraires de dispensation pour les mises en capsules des préparations de type M2 et M3 – Instruction à venir.

2.5 Règle 29 sur le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes

Le libellé de la règle 29 est modifié pour un Trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

Principes à respecter (quelques rappels) :

- Le code de service est J.
- Concernant les types de service, un seul type A est permis par jour pour une personne assurée.
- Les types B et C peuvent être utilisés plus d'une fois par jour.

2.6 Règle 32 sur 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

La règle 32 est modifiée pour ajouter des nouvelles situations pouvant donner lieu à une prise en charge : douleur chronique, asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). De plus, la prise en charge pour le diabète traité à l'insuline (règle 33 de l'Entente 2020-2022) est transférée à la règle 32 et devient « Diabète traité ou non avec de l'insuline ». Notez bien que le mode de facturation actuel est valide pour les facturations jusqu'au 14 février 2023 et lors d'une rétrofacturation par les pharmaciens. Pour les facturations après le 15 février 2023, le nouveau principe suivant s'appliquera.

1er principe à respecter :

- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à N : Nouvelle ordonnance.
- Le code de programme doit correspondre à 07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le nouveau code de service doit correspondre à W : Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.

Arrêts sur des principes de facturation :

- Type de service : mettre une date de fin au 14 février 2023 :
  - A : Rencontre initiale, catégorie 1 et 2;
  - B : Prise en charge, montant forfaitaire annuel, catégorie 1;
  - C : Prise en charge, montant forfaitaire annuel, catégorie 2.

Conservation du principe de facturation :

- Type de service :
  À compter du 15 février 2023, une rencontre initiale et une rencontre mensuelle peuvent être facturées.
  - D : Rencontre initiale;
  - E : Rencontre de suivi;
  - Z : Arrêt de prise en charge.

2e principe à respecter (nouveau code de service) :

- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le nouveau code de service doit correspondre à **W2 : Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques**.
- Inscrire le type de service :

Nouveaux principes et libellés	Valeur
Une rencontre initiale et, sur une période de 12 mois, 2 rencontres de suivi par champ thérapeutique peuvent être facturées.	
Rencontre initiale (à compter du **15 février 2023**)	A
Rencontre de suivi (à compter du **15 février 2023**)	B

Conservation du principe	Valeur
Arrêt de prise en charge par champ thérapeutique	Z

- Indiquer par **un** code d'intervention le champ thérapeutique de la réclamation :

Champ thérapeutique	Code d'intervention
Hypertension artérielle	KA
Dyslipidémie	KB
Hypothyroïdie	KC
Diabète non traité avec de l'insuline (nouveau libellé)	KD
Traitement prophylactique de la migraine (nouveau libellé)	KE
Diabète traité avec de l'insuline (nouveau libellé)	KF
Douleur chronique (nouveau) (à compter du **15 février 2023**)	KH
Asthme (nouveau) (à compter du **15 février 2023**)	KI
Maladie obstructive chronique (nouveau) (à compter du **15 février 2023**)	KJ

- La quantité doit être à zéro.
- Le code d'intervention IQ pourra être ajouté sur une réclamation lorsque le système retourne un message de refus demandant une rencontre initiale avant une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique. Avec le code IQ, le pharmacien confirme l'exécution d'une rencontre initiale pour ce champ thérapeutique et peut donc poursuivre avec une rencontre de suivi.
  - IQ : CONFIRMATION D'UNE RENCONTRE INITIALE

VALIDATIONS

- Pour chaque champ thérapeutique, il doit y avoir une rencontre initiale.
- Pour chaque champ thérapeutique, un maximum de 2 rencontres de suivis peut être facturé sur une période de 12 mois.
- Pour un même champ thérapeutique, il ne peut y avoir une rencontre initiale (type A) et une rencontre de suivi (type B) dans la même journée.

RÈGLE DE CALCUL (nouveau)

À compter du 15 février 2023, nous refuserons une transaction avec le code de service **W2** incluant plus d'un champ thérapeutique.

Que ce soit pour une rencontre initiale ou une rencontre de suivi à plus d'un champ thérapeutique, il sera nécessaire de répéter les transactions pour chaque champ thérapeutique pris en charge par le pharmacien. Le remboursement s'établit à chaque transaction sur le nombre de facturations de même type, sur une journée.

Pour un même service de prise en charge, le même jour, le calcul du remboursement s'exécutera :

- Règle de calcul pour le type **A : Rencontre initiale** :
  - La première facturation pour une rencontre initiale pour un champ thérapeutique est de 17,47 $:
    - La 2e facturation pour une rencontre initiale pour un autre champ thérapeutique est de 4,52 $.
    - Toute facturation subséquente pour un champ thérapeutique supplémentaire sera acceptée et rémunérée à 0,00 $.
- Règle de calcul pour le type **B : Rencontre de suivi** :
  - La première facturation pour une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique est de 22,54 $:
    - Toute facturation subséquente pour un champ thérapeutique supplémentaire sera acceptée et rémunérée à 11,28 $.

Un exemple :

4 janvier : le pharmacien effectue une **rencontre initiale** pour les champs **KA**, **KB**, **KC** et **KD** :

1re facturation avec **KA** : 17,47 $ – accepté
2e facturation avec **KB** : 4,52 $ – accepté
3e facturation avec **KC** : 0,00 $ – accepté
4e facturation avec **KD** : 0,00 $ – accepté
Total du remboursement : **21,99 $**

4 juin : le pharmacien effectue une **rencontre de suivi** pour les champs **KA**, **KB** et **KC*** :

1re facturation avec **KA** : 22,54 $ – accepté
2e facturation avec **KB** : 11,28 $ – accepté
3e facturation avec **KC** : 11,28 $ – accepté
Total du remboursement : **45,10 $**

4 juillet : le pharmacien effectue une **rencontre de suivi** pour le champ **KD** :

1re facturation avec **KD** : 22,54 $ – accepté
Total du remboursement : **22,54 $**

*** Attention :**

Dans l'exemple du 4 juin, si le pharmacien désire annuler un des champs thérapeutiques (exemple **KA**), afin d'assurer le bon remboursement, il devra annuler l'ensemble des 3 transactions de suivi et soumettre à nouveau la ou les rencontres de suivi exécutées pour ce jour.

MESSAGES

- Refuser une 3e facturation de suivi sur une période de 12 mois :
  - Message d'erreur H9 : Maximum atteint pour la période du AAAA-JJ-MM au AAAA-JJ-MM
- Refuser une rencontre initiale et de suivi pour le même champ thérapeutique :
  - Message d'erreur RM : Maximum quotidien dépassé, nce

- Plus d'un champ thérapeutique sur une même facturation :
  - MES-64_Un seul code d'intervention est requis avec ce code et ou type de service
  - MES-65_Codes d'intervention-d'exception en erreur
- MES-H1_Rencontre initiale déjà présente au dossier de la personne assurée, nce
- MES-H2_Une rencontre de suivi doit être précédée d'une rencontre initiale
- MES-H7_Service déjà paye pour la personne assurée NCE
- MES-H8_Période couverte du _au_
- MES-NN_Service et code intervention sont incompatibles

2.7 Nouvelle règle 33 devient le service de prise en charge en soutien à la déprescription

La nouvelle règle 33 vise à assurer un soutien par le pharmacien aux personnes assurées pour lesquelles une déprescription de médicament(s) est souhaitable.

Principes à respecter

- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à N : Nouvelle ordonnance.
- Le code de programme doit correspondre à 07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le nouveau code de service doit correspondre à W1 : Service de la prise en charge en soutien à la déprescription.
- Le type de service est obligatoire et doit correspondre à :

Nouveaux principes	Valeur
Une rencontre initiale et, par période de 6 mois suivant celle-ci, 2 rencontres de suivi par catégorie de médicament peuvent être facturées.	
Rencontre initiale (à compter du 15 février 2023)	A
Rencontre de suivi (à compter du 15 février 2023)	B
Arrêt de prise en charge toute catégorie	Z

- Le code de facturation du médicament (DIN) est obligatoire.
- La quantité doit être à zéro.
- Le code d'intervention IQ pourra être ajouté sur une réclamation lorsque le système retourne un message de refus demandant une rencontre initiale avant une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique. Avec le code IQ, le pharmacien confirme l'exécution d'une rencontre initiale pour ce champ thérapeutique et peut donc poursuivre avec une rencontre de suivi.
  - IQ : CONFIRMATION D'UNE RENCONTRE INITIALE
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

VALIDATIONS

- Pour chaque dénomination commune, il doit y avoir une rencontre initiale.
- Pour chaque dénomination commune, un maximum de 2 rencontres de suivi peut être facturé sur une période de 6 mois.
- Pour une même dénomination commune, il ne peut y avoir une rencontre initiale et une rencontre de suivi dans la même journée.

RÈGLE DE CALCUL

Que ce soit pour une rencontre initiale ou une rencontre de suivi pour plus d'une dénomination commune, il sera nécessaire de répéter les transactions pour chaque dénomination commune (DC) de déprescription. Le remboursement s'établit à chaque transaction sur le nombre de facturations de même type, sur une journée.

Pour un même service de déprescription, le même jour, le calcul du remboursement sera :

- Règle de calcul pour le type **A : Rencontre initiale** :
  - La première facturation pour une rencontre initiale avec un DIN est de 17,47 $:
    - La 2e facturation pour un DIN (DC différente) supplémentaire est de 4,52 $.
    - Chaque facturation subséquente sera acceptée et rémunérée à 0,00 $.
- Règle de calcul pour le type **B : Rencontre de suivi** :
  - La première facturation pour une rencontre de suivi avec un DIN est de 22,54 $:
    - Chaque facturation subséquente pour un DIN (DC différente) supplémentaire sera acceptée et rémunérée à 11,28 $.

Un exemple :

4 janvier : le pharmacien effectue une rencontre initiale pour la déprescription de deux médicaments :

1re facturation avec **112233445** :	17,47 $	– accepté
2e facturation avec **223344556** :	4,52 $	– accepté
Total du remboursement :	**21,99 $**	

4 février : le pharmacien effectue une rencontre de suivi pour la déprescription de deux médicaments :

1re facturation avec **112233445*** :	22,54 $	– accepté
2e facturation avec **223344556** :	11,28 $	– accepté
Total du remboursement :	**45,10 $**	

4 avril : le pharmacien effectue une rencontre de suivi :

1re facturation avec **223344556** :	22,54 $	– accepté
Total du remboursement :	**22,54 $**	

***Attention :**

Dans l'exemple du 4 février, si le pharmacien désire annuler le **112233445**, afin d'assurer le bon remboursement, il devra annuler l'ensemble des transactions de suivi et soumettre à nouveau la ou les rencontres de suivi exécutées pour ce jour.

MESSAGES

- Refuser une 3e facturation de suivi sur une période de 6 mois.
  - Message d'erreur H9 : Maximum atteint pour la période du AAAA-JJ-MM au AAAA-JJ-MM.
- Refuser une rencontre initiale et de suivi pour la même DC.
  - MES-RM_Maximum quotidien dépasse nce
- MES-65 : code intervention pas nécessaire
- MES-64_Un seul code d'intervention est requis avec ce code et type de service
- MES-H1_Rencontre initiale déjà présente au dossier de la personne assurée, nce
- MES-H2_Une rencontre de suivi doit être précédée d'une rencontre initiale

2.8 Règle 35 sur le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation

Cette règle est modifiée afin d'augmenter de 2 à 3 le nombre maximal de fois où ce service est payable par période de 12 mois par personne assurée, et ce, à compter du 1er avril 2023.

Une ou des instructions de facturation modifiées :

- Le code de service doit correspondre à **Z : Service de l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation**.
- Service admissible **3 fois par période de 12 mois** pour l'ensemble des pharmacies, par personne assurée.

2.9 Règle 36 sur l'administration d'un médicament

Cette règle est modifiée pour augmenter d'un à deux le nombre maximal de fois où ce service est payable par période de 12 mois, et ce, à compter du 15 février 2023.

Une ou des instructions de facturation modifiées :

- Le code de service doit correspondre à FE : Administration d'un médicament.
- Service admissible 2 fois par période de 12 mois, par personne assurée et par médicament.

2.10 Règle 42 sur la vaccination

Les parties ont convenu du fait que la vaccination soit l'objet d'une règle plutôt que d'une entente particulière. L'entente particulière sera ainsi abrogée à compter du 15 février 2023.

Une ou des instructions de facturation modifiées :

- Changement du libellé du type B : infirmière devient B : Autre vaccinateur habilité.

c. c. Association québécoise des pharmaciens propriétaires

Tarifs établis dans l'Annexe III de l'Entente 2022-2025

Code de Service	Entente Annexe III	Types et volumes de services	Tarifs ($) du 1er avril 2022 au 31 mars 2023	Tarifs ($) du 1er avril 2023 au 31 mars 2024	Tarifs ($) du 1er avril 2024 au 31 mars 2025
N	1 A	Exécution et renouvellement d'une ordonnance Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides). - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	0,33 par jour (Maximum 29,70) 0,31 par jour (Maximum 27,90)	0,34 par jour (Maximum 30,60) 0,32 par jour (Maximum 28,80)	0,35 par jour (Maximum 31,50) 0,32 par jour (Maximum 28,80)
0	B	Pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en A et D - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	10,38 9,71	10,61 9,92	10,82 10,12
	C	Pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en A et E - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	9,96 9,29	10,18 9,49	10,38 9,68
6	D	Pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	5,19 4,85	5,30 4,96	5,41 5,06
	E	Pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	4,97 4,67	5,08 4,77	5,18 4,87
	F	Pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	5,19 4,85	5,30 4,96	5,41 5,06
	G	Pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	4,97 4,67	5,08 4,77	5,18 4,87
E	2	Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive : - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	7,70 6,63	7,87 6,78	8,03 6,92
1	3	Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	9,62	0,00	0,00
3	4	Opinion pharmaceutique Opinion pharmaceutique sur l'amorce d'un traitement médicamenteux	21,25	21,25	Non applicable 24,60
	5	Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII	21,25	21,25	Non applicable
2	6	Transmission d'un profil	9,96	10,18	10,38
J	7	Trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO) Avec supervision (type **A**) - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	15,84 14,73	16,19 15,05	16,51 15,35
		Teneurs différentes de Suboxone (type **B**) - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	10,38 9,71	10,61 9,92	10,82 10,12
		Médicaments délivrés sans honoraires (type **C**)	0,00	0,00	0,00
M1 M2 M3	8 A A A	Préparation magistrale non stérile autre qu'une mise en capsule : Catégorie 1 - (type **A** à **L**) Catégorie 2 - (type **A** à **L**) Catégorie 3 - (type **A** à **L**)	18,60 24,07 60,00	19,01 24,60 61,32	19,39 25,09 62,55
	8 B	Préparation magistrale non stérile : mise en capsule par un pharmacien préparateur **Avec gélulier** Catégorie 2 Catégorie 3	Non en vigueur ~~1,15 par capsule~~ ~~1,35 par capsule~~	Non en vigueur ~~1,18 par capsule~~ ~~1,38 par capsule~~	Non en vigueur ~~1,20 par capsule~~ ~~1,41 par capsule~~
	B	**Manuel** Catégorie 2 Catégorie 3	~~1,90 par capsule~~ ~~2,10 par capsule~~	~~1,94 par capsule~~ ~~2,15 par capsule~~	~~1,98 par capsule~~ ~~2,19 par capsule~~

Tarifs établis dans l'Annexe III de l'Entente 2022-2025

Code de Service	Entente Annexe III	Types et volumes de services	Tarifs ($) du 1er avril 2022	Tarifs ($) au 31 mars 2023	Tarifs ($) du 1er avril 2023	Tarifs ($) au 31 mars 2024	Tarifs ($) du 1er avril 2024	Tarifs ($) au 31 mars 2025
FE	9	Service d'administration d'un médicament	20,31		21,33		22,40	
IU		Administration en situation d'urgence (type **A** et **B**)	20,31		21,33		22,40	
A	10	Service sur appel	31,98		32,68		33,33	
P	11	Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours sous la forme d'un pilulier	18,92		19,34		19,73	
		(le tarif est payable par période de sept (7) jours en utilisant le pourcentage de 25%).	(4,73)		(4,83)		(4,93)	
CS	12	Considération spéciale (C.S.)	Appel au Centre de relations avec les professionnels seulement					
F	13	Fourniture de seringues-aiguille jetables, de seringues jetables (sans aiguille) ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies.	3,06		3,13		3,19	
VA	14	Vaccination :						
		- Administration par un pharmacien (type A)	15,66 (à compter du 15 mai)		16,44		17,26	
		- Administration autre personne admissible (type B)	12,91 (à compter du 15 mai)		13,56		14,24	
			Tarifs par unité avec préparation préalable	**Tarifs par unité sans préparation préalable**	**Tarifs par unité avec préparation préalable**	**Tarifs par unité sans préparation préalable**	**Tarifs par unité avec préparation préalable**	**Tarifs par unité sans préparation préalable**
OT	15	Exécution et renouvellement d'une ordonnance						
		Tarif de base	10,38		10,61		10,82	
	A	Thérapies parentérales						
		- Sacs à gravité						
		premier sac	15,56	13,49	15,90	13,79	16,22	14,07
		sacs suivants	7,25	7,25	7,41	7,41	7,56	7,56
		- Sacs pour pompe						
		premier sac	20,77	15,56	21,23	15,90	21,65	16,22
		sacs suivants	10,38	8,32	10,61	8,50	10,82	8,67
		- Cassettes 50 ml						
		première cassette	15,56	13,49	15,90	13,79	16,22	14,07
		cassettes suivantes	7,25	7,25	7,41	7,41	7,56	7,56
		- Cassettes 100 ml						
		première cassette	20,77	17,62	21,23	18,01	21,65	18,37
		cassettes suivantes	12,45	11,42	12,72	11,67	12,97	11,90
		- Perfuseur élastomérique						
		premier perfuseur	20,77	14,87	21,23	15,20	21,65	15,50
		perfuseurs suivants	16,58	12,08	16,94	12,35	17,28	12,60
		- Seringues						
		première seringue	7,25	6,22	7,41	6,36	7,56	6,49
		seringues suivantes	3,12	3,12	3,19	3,19	3,25	3,25
R	B	Préparations ophtalmiques (tarifs de base)						
		- 48 500 ordonnances et moins	9,96		10,18		10,38	
		- plus de 48 500 ordonnances	9,29		9,49		9,68	
		Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	17,62		18,01		18,37	
RA	16	Substitution thérapeutique d'un médicament	18,04		18,94		19,89	
AD	17	Modification d'une thérapie médicamenteuse	22,31		23,43		24,60	
I	18	Mise en seringue d'insuline						
		- Moins de 17 seringues	11,58		11,83		12,07	
		si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	3,06		3,13		3,19	
		- 17 seringues et plus (nombre de seringues multiplié par le tarif)	0,70		0,72		0,73	
		si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	3,06		3,13		3,19	
PH	19	Prise en charge après une hospitalisation	27,74		29,13		30,59	
X	20	Fourniture de chambre d'espacement						
		- 48 500 ordonnances et moins	9,96		10,18		10,38	
		- plus de 48 500 ordonnances	9,29		9,49		9,68	
Y	20	Fourniture de masque						
		La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement	0		0		0	
5	21	Demande de dérogation	1,26 par service		1,29 par service		1,32 par service	

Tarifs établis dans l'Annexe III de l'Entente 2022-2025

Code de Service	Entente Annexe III	Types et volumes de services	Tarifs ($) du 1er avril 2022 au 31 mars 2023	Tarifs ($) du 1er avril 2023 au 31 mars 2024	Tarifs ($) du 1er avril 2024 au 31 mars 2025
V	22	Prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse			
	A	- Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament (type **A**)	18,04	18,94	19,89
	B	- Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de l'herpès zoster, de l'influenza ou de la maladie à coronavirus. (type **C**)	22,31	23,43	24,60
K	23	Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant			
		- 48 500 ordonnances et moins	9,96	10,18	10,38
		- plus de 48 500 ordonnances	9,29	9,49	9,68
Q	24	Mise en seringue de chlorure de sodium			
		- première unité	6,22	6,36	6,49
		- unités suivantes	3,12	3,19	3,25
	25	Prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse			
V	A	- Amorce d'une thérapie médicamenteuse (type **B**)	18,04	18,94	19,89
4	B	- Amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence	19,34	19,34	19,89
W2	26	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète, migraine (traitement prophylactique), douleur chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique).			
		- Rencontre initiale	17,47	18,34	19,26
		- Entrevue de suivi	22,54	23,67	24,85
		- Rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus	21,99	23,09	24,24
		- Entrevue de suivi 2e champ thérapeutique ou plus (montant additionnel par champ thérapeutique supplémentaire)	11,28	11,84	12,43
W1	27	Service de la prise en charge en soutien à la déprescription			
		- Rencontre initiale	17,47	18,34	19,26
		- Rencontre initiale relative à deux médicaments de dénomination commune différentes ou plus	21,99	23,09	24,24
		- Entrevue de suivi	22,54	23,67	24,85
		- Entrevue de suivi (montant additionnel par médicament supplémentaire de dénomination commune différente)	11,28	11,84	12,43
W	28	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)			
		- rencontre initiale	20,85	21,89	22,98
		- montant forfaitaire mensuel	18,04	18,94	19,89
Z	29	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation			
		- tarif facturable deux fois par période de douze mois par personne assurée	14,09	Non applicable	Non applicable
		- tarif facturable trois fois par période de douze mois par personne assurée	Non applicable	14,79	15,53
SP	30	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs			
		Montant forfaitaire par semaine	33,3	34,97	36,72
DC	31	Service de demande de consultation	44,63	46,86	49,20
EN		Prestation du service d'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la Naloxone à l'utilisateur ou à la tierce personne	20,31	21,33	22,40
CP		Consultation pharmaceutique dans le cadre spécifique du programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'IVG médicamenteuse	20,63	21,66	22,74
7		Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile	Coût réel encouru		
8		Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile	6,38	6,52	6,65

Tarifs établis dans l'Annexe III de l'Entente 2022-2025

Code de Service	Entente Annexe III	Types et volumes de services	Tarifs ($) du 1er avril 2022 au 31 mars 2023	Tarifs ($) du 1er avril 2023 au 31 mars 2024	Tarifs ($) du 1er avril 2024 au 31 mars 2025
CV		Service lié à la pandémie			
		1 - Distribution autotest Covid-19 (type **A**)	8,53	8,72	8,89
		2 - Antiviraux Covid-19 (Paxlovid) (type **B**)	10,38	10,61	10,82
		3 - Anticorps monoclonaux (Evusheld) (type **C**)	10,38	10,61	10,82
AI		Administration par une infirmière (Evusheld)	12,91	13,56	14,24