

ENTENTE

ENTRE

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

ET LE

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. L'entente est remplacée par l'entente ci-jointe qui entre en vigueur à compter du 1er avril 2018.
2. Un montant forfaitaire de dix millions de dollars (10,0 M\$) est versé aux pharmaciens membres de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) avant le 31 octobre 2018. Le montant sera réparti entre les pharmacies en fonction des montants facturés à la RAMQ dans le cadre de l'Entente pour l'année 2017-2018.
3. Les annexes I, IV, V, VI et VII sont reconduites. Les annexes II et III sont remplacées. L'annexe VIII est abrogée.
4. Les lettres d'entente suivantes sont abrogées :
 - ✓ no 3 du 23 septembre 2015;
 - ✓ no 5 du 23 septembre 2015;
 - ✓ no 6 du 23 septembre 2015;
 - ✓ no 7 du 23 septembre 2015;
 - ✓ no 8 du 23 septembre 2015.
5. Les lettres d'entente suivantes sont reconduites :
 - ✓ no 2 et no 4 du 23 septembre 2015.
6. La lettre d'entente suivante est remplacée :
 - ✓ no 1 du 23 septembre 2015.
7. Les lettres d'entente no 3, no 5 et no 6 sont introduites.
8. Le tarif suivant s'applique pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence à partir du :

1 ^{er} avril 2018 :	18,30 \$
1 ^{er} avril 2019 :	18,59 \$
9. Le tarif suivant s'applique pour les frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales solutions ophtalmiques et préparations magistrales non stériles à partir du :

1 ^{er} avril 2018 :	5,83 \$
1 ^{er} avril 2019 :	5,92 \$
10. Le tarif suivant s'applique pour la prestation du service d'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la Naloxone à l'utilisateur ou à la tierce personne à partir du :

1 ^{er} avril 2018 :	18,30 \$
1 ^{er} avril 2019 :	18,59 \$

11. Le tarif suivant s'applique pour la consultation pharmaceutique dans le cadre spécifique du programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'IVG médicamenteuse à partir du :

1^{er} avril 2018 : 18,59 \$
1^{er} avril 2019 : 18,88 \$

12. Pour les fins d'une éventuelle majoration des tarifs prévus au point 1A de l'annexe III, lors du renouvellement de l'entente prenant échéance le 31 mars 2020, il sera pris en compte une précision à quatre (4) décimales en l'occurrence : 0,3082 \$ et 0,2878 \$ respectivement pour le tarif avant et après plafond.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Entente 2018-2020

ENTENTE
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE

ENTRE
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES
ET LE
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2018-2020

ARTICLE 1

RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION

- 1.01 Le Ministre reconnaît l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires comme la représentante exclusive des pharmaciens propriétaires de pharmacie et inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens aux fins de la conclusion et de l'application d'une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.
- 1.02 Cette reconnaissance vise également tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des pharmaciens et dont le nom apparaît à l'annexe I de la présente entente ou qui obtient, après la signature de cette entente, un permis en vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.
- Dans ce dernier cas, la reconnaissance prend fin dès l'ouverture d'une pharmacie dans la municipalité ou le territoire visé par le permis.
- 1.03 Cette reconnaissance ne s'étend pas au pharmacien employé par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).
- 1.04 La présente entente oblige toute personne qui tombe sous le coup de la reconnaissance ci-haut décrite.
- 1.05 Sous réserve de l'article 1.03, aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'entente ne peut intervenir entre un pharmacien et soit le Ministre, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou un établissement.
- Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.
- 1.06 Une lettre d'entente convenue entre le Ministre et l'Association fait partie intégrante de l'entente.
- 1.07 L'entente ne confère à aucun pharmacien le statut de fonctionnaire dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments et ses dispositions ne limitent pas l'exercice de la pharmacie.
- 1.08 Le Ministre reconnaît à tout pharmacien le droit d'être accompagné par un représentant désigné par l'Association lors de la présentation d'un différend ou lors de toute rencontre avec un représentant de la Régie.

ARTICLE 2

OBJETS

- 2.01 Sont objets de négociation entre les parties les sujets suivants :
- a) la rémunération et les modalités de rémunération des services du pharmacien dispensés dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments ;
 - b) les règles d'application et d'interprétation du tarif ;
 - c) les exigences particulières à la prestation d'un service assuré ;
 - d) les règles et mécanismes d'interprétation et d'application des dispositions de l'entente et de ses modifications ;
 - e) la compensation de tâches administratives effectuées par un pharmacien ou toute personne autorisée par la Loi sur la pharmacie, dans le cadre du régime général d'assurance médicament.

ARTICLE 3

COTISATION SYNDICALE

- 3.01 L'Association informe la Régie, avant le 1^{er} août de chaque année, par courriel ou par courrier, de la cotisation et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation et ces modalités doivent être les mêmes pour tous les pharmaciens et se conformer à une des modalités suivantes, ou à une combinaison de ces modalités :
- a) un montant fixe par pharmacien;
 - b) un montant fixe par pharmacie;
 - c) un pourcentage du montant payé à un pharmacien par la Régie;
 - d) un pourcentage du montant payé à une pharmacie par la Régie;
 - e) un montant fixe par ordonnance payée à un pharmacien par la Régie;
 - f) un montant fixe par ordonnance payée à une pharmacie par la Régie.

Le prélèvement commence trente (30) jours après la réception de cet avis. Cependant, si les modalités choisies sont celles décrites aux alinéas c), d), e) et f) le prélèvement commence dans les six (6) mois après la réception dudit avis.

- 3.02 La Régie retient à la source la cotisation syndicale, incluant la cotisation spéciale ou le montant égal à celle-ci à raison d'une portion représentant approximativement 20 % du montant des services facturés par période de deux (2) semaines à la Régie par le pharmacien, et ce, jusqu'à concurrence du montant total de la cotisation syndicale.

- 3.03 La Régie retient également dans le cadre des paiements faits en vertu du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments selon les modalités prévues à l'article 3.01, l'équivalent de la cotisation syndicale sur les paiements faits à un pharmacien exerçant sa profession hors du Québec.

- 3.04 La somme des montants ainsi prélevés par la Régie durant un mois est remise à l'Association au cours du mois suivant.

- 3.05 Cette remise s'accompagne d'un bordereau indiquant la somme versée ainsi que, pour chaque pharmacien couvert par cette entente ou visé par le paragraphe 3.03, le montant prélevé et le total cumulé des montants prélevés à cette date.

- 3.06 La Régie et l'Association, au moins une fois l'an, comparent leur Liste respective des pharmaciens couverts par cette entente et inscrits à leur fichier.

COTISATION SPÉCIALE

- 3.07 La Régie retient à la source toute cotisation spéciale décrétée par l'Association, étant entendu que celle-ci doit établir auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux qu'elle y a été dûment autorisée selon ses statuts et ses règlements.

L'Association informe la Régie par courriel ou par courrier de cette cotisation spéciale et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation spéciale devra être prélevée et remise à l'Association selon les modalités prévues aux articles 3.01 à 3.05 de la présente entente.

La Régie et le Ministre de la Santé et des Services sociaux sont dégagés de toute responsabilité à l'égard de toute poursuite éventuelle découlant du prélèvement et de la remise de cette cotisation spéciale.

ARTICLE 4 **PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION**

4.01 Un pharmacien peut devenir un professionnel non-participant. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, de la formule prévue à l'annexe IV et prend effet le trentième (30^e) jour qui suit la date de la mise à la poste. La Régie fait parvenir sans délai une copie de cet avis à l'Association.

Toutefois, l'entrée en vigueur de l'entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un pharmacien conformément à la Loi sur l'assurance maladie.

4.02 Un pharmacien professionnel non-participant qui désire être soumis de nouveau à l'application de l'entente envoie à la Régie, sous pli recommandé, un avis suivant la formule prévue à l'annexe IV. La Régie fait parvenir sans délai une copie de cet avis à l'Association.

4.03 Le pharmacien est soumis à l'application de l'entente le huitième (8^e) jour qui suit la date de la mise à la poste, sous pli recommandé, de la formule prévue au paragraphe 4.02.

ARTICLE 5 **FACTURATION**

5.01 Le pharmacien doit soumettre à la Régie sa demande de paiement au moyen d'un support informatique en mode interactif en la manière prescrite et dans le délai établi par la Régie. La Régie consulte au préalable l'Association lors d'un changement à cet effet.

5.02 Les renseignements qu'une demande de paiement doit contenir sont limités à ceux prescrits par règlement.

5.03 Une demande de paiement non autorisée par la Régie au motif qu'elle omet l'énoncé d'un renseignement exigé, requiert du pharmacien qu'il en soumette une autre.

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 quatre-vingt-dix (90) jours de la date de l'autorisation de paiement.

ARTICLE 6 **PAIEMENT**

6.01 Un paiement est effectué par chèque ou virement de fonds émis à l'ordre du pharmacien ou d'une société de pharmaciens ou par tout autre mode de paiement qui peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

6.02 Dans les quinze (15) jours de la réception d'une demande de paiement, la Régie paie au pharmacien le montant de cette demande. Lorsque le paiement d'une demande de paiement est effectué par virement de fonds, cette transaction s'opère dans les trois (3) jours suivant la date du paiement; la demande de paiement est alors considérée comme ayant été payée à la date du paiement telle qu'indiquée sur l'état de compte.

Tout montant dû et non acquitté sur une demande de paiement porte, à compter du 21^e jour de sa réception par la Régie, un intérêt annuel égal au taux d'escompte de la Banque du Canada en vigueur au moment du paiement, majoré d'un et demi pour cent (1 ½ %). Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé que pour une demande de paiement soumise dans les trente (30) jours de la dispensation des services et des médicaments assurés. Tout intérêt égal ou supérieur à un demi-cent (0,005 \$) est arrondi au cent supérieur.

6.03 Lorsqu'elle effectue le paiement prévu au paragraphe 6.02, la Régie informe le pharmacien de toute demande de paiement qu'elle retient pour fin d'appréciation. Elle peut, le cas échéant, se rembourser par compensation pour toute demande de paiement ainsi retenue et dont elle refuse l'exigibilité en tout ou en partie.

La Régie peut également se rembourser par compensation pour toute demande de paiement à l'égard de laquelle le pharmacien n'a pas, dans les trente (30) jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements réclamés.

Lorsqu'elle se rembourse, la Régie informe le pharmacien des motifs de sa décision.

6.04 Le pharmacien peut demander une révision lorsqu'il conteste une décision de la Régie.

Le délai pour demander la révision est de trois (3) mois; il court de la date d'autorisation ou de non-autorisation de la demande de paiement concernée.

La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision motivée au pharmacien dans les trois (3) mois de la réception de la demande de révision. Selon le cas, elle paie les honoraires réclamés, applique le redressement réclamé, maintient sa décision antérieure avec ou sans modification. Le défaut de la Régie de rendre sa décision dans le délai prévu équivaut à une décision de refuser la demande de révision.

Le pharmacien ou l'Association peut contester cette décision de la Régie dans les délais et selon les modalités prévues par les dispositions de la présente entente concernant les différends.

Toutefois, si le pharmacien présente une demande de révision, l'Association ou le pharmacien ne peut loger un différend tant que la Régie n'a pas rendu sa décision.

Le recours à la procédure prévue à l'article 7 n'est pas soumis à la présentation préalable d'une demande de révision.

Chaque mois, la Régie informe l'Association des demandes de révision auxquelles elle n'entend pas faire droit et elle reçoit ses représentations.

6.05 Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé lors de retards découlant d'une grève ou arrêt de travail impliquant des employés de la Régie, le service postal, des bris du système informatique ou toute autre cause de force majeure.

6.06 La Régie apprécie une demande de paiement que lui soumet un pharmacien et, le cas échéant, obtient les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi sur l'assurance maladie ou de l'entente, avant d'effectuer le paiement des demandes de paiement réclamées dans les circonstances suivantes :

a) le pharmacien a cessé d'être détenteur d'un permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec ;

- b) le pharmacien est devenu un professionnel non-participant ;
- c) la Régie est d'avis qu'un nombre important de demandes de paiement portent sur des services ou des médicaments non assurés, non rendus ou faussement décrits ou sur des médicaments n'apparaissant pas sur la liste; dans ce cas, la Régie avise préalablement l'Association par courrier recommandé ;
- d) le pharmacien est décédé ;
- e) les demandes de paiement du pharmacien font l'objet d'une saisie ;
- f) en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un pharmacien qui est en faillite ;
- g) le pharmacien a quitté le Québec ou a informé la Régie qu'il s'apprête à s'établir en dehors du Québec.

6.07 Le paiement effectué par la Régie en vertu du paragraphe 6.02 n'a pas pour effet de limiter les droits de la Régie, eu égard aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et de l'entente, d'apprécier à posteriori une demande de paiement, de requérir les renseignements exigibles à cette fin et, le cas échéant, d'en réclamer le remboursement.

6.08 Lorsque la Régie exerce compensation en vertu du paragraphe 6.03, le régime de la preuve concernant l'exigibilité d'une demande de paiement n'est pas modifié.

6.09 Lorsqu'elle réclame le remboursement d'un paiement qu'elle prétend indu, la Régie peut opérer compensation dans un délai de soixante (60) mois de ce paiement ;

- si le remboursement réclamé vise une demande de paiement qui ne serait pas exigible en raison de sa duplication, et dans les autres cas,
- si dans les quarante-cinq (45) jours d'un avis envoyé par la Régie au pharmacien, sous pli recommandé, lui indiquant qu'elle entend opérer compensation, celui-ci n'a pas saisi le secrétaire de la Régie d'un avis d'arbitrage, conformément à l'article 7 de l'entente.

La compensation exercée en vertu du présent paragraphe n'a pas pour effet d'empêcher le pharmacien de contester une demande de remboursement au moyen d'un différend soumis conformément aux dispositions de l'article 7 de l'entente, ni celui de relever la Régie de son obligation de prouver que la demande de remboursement est bien fondée.

ARTICLE 7 **DIFFÉREND ET ARBITRAGE**

7.01 Les parties conviennent que toute mésentente résultant de l'application ou de l'interprétation de l'entente constitue un différend.

7.02 Tout différend est soumis à la procédure suivante :

Première étape :

Le pharmacien qui se croit lésé par suite d'une prétendue violation ou fausse interprétation de l'entente peut, seul ou par l'entremise de l'Association, présenter son différend par écrit au secrétaire de la Régie avec copie au Ministre dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend.

Cet écrit doit contenir un exposé sommaire des faits et du correctif réclamé. Dans les trente (30) jours qui suivent la réception du différend par la Régie, celle-ci donne sa réponse au pharmacien et en transmet une copie à l'Association et au Ministre.

Deuxième étape :

Si la réponse de la Régie n'est pas satisfaisante pour le pharmacien ou si aucune réponse n'a été donnée dans le délai prévu, le pharmacien peut, seul ou par l'entremise de l'Association, référer le différend au conseil d'arbitrage en donnant avis à la Régie avec copie au Ministre dans les quinze (15) jours suivant le délai prévu à l'étape précédente.

7.03 L'Association peut elle-même porter un différend au lieu et place d'un pharmacien qui néglige d'exercer son recours, ou lorsque le même différend affecte plus d'un pharmacien, ou encore pour réclamer les droits que lui reconnaît particulièrement l'entente. Un tel différend est soumis aux mêmes délais et à la même procédure qu'un différend présenté par un pharmacien.

7.04 Un différend est présenté, dans la mesure du possible, selon la formule apparaissant à l'annexe V ou à défaut il comporte les renseignements y mentionnés.

7.05 Tout accord consigné par écrit intervenu entre le Ministre et l'Association dans le cours du mécanisme décrit dans cet article est final et lie les parties.

7.06 Le conseil d'arbitrage se compose de trois (3) membres et comprend un assesseur respectivement désigné par chacune des parties au différend et un président nommé conjointement par les parties au différend parmi les personnes dont les noms suivent :

M^e Diane Fortier
M^e Francine Lamy
M^e Joëlle L'Heureux
M^e Germain Jutras

À défaut d'entente, M^e Germain Jutras agit comme président.

Le conseil d'arbitrage doit être formé dans les quinze (15) jours de la réception par le secrétaire de la Régie de l'avis d'arbitrage.

7.07 L'audition du différend doit débuter dans les trente (30) jours de la formation du conseil d'arbitrage. Ce délai peut être prolongé du consentement des parties au différend.

- 7.08 Le conseil d'arbitrage a compétence pour maintenir, modifier ou rescinder toute décision de la Régie et, s'il le juge à propos, il peut décréter toute compensation à être versée. Toutefois, le conseil d'arbitrage ne peut modifier les dispositions de la présente entente.
- 7.09 Le président rend seul les décisions préliminaires et la sentence arbitrale. La sentence arbitrale doit être écrite et motivée. Un assesseur peut y adjoindre ses commentaires.
- 7.10 Le conseil d'arbitrage peut rendre toute décision interlocutoire qu'il estime nécessaire à la sauvegarde des droits des parties. Notamment, si le pharmacien, seul ou par l'entremise de l'Association, conteste une demande de remboursement de la Régie et établit *prima facie* une apparence de droit, le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis de l'exécution.
- 7.11 Une sentence arbitrale est finale et lie les parties.
- 7.12 Les honoraires du président et les dépenses encourues par lui sont répartis en parts égales entre les parties.
- La rémunération du greffier ainsi que les frais de sténographie ou d'enregistrement par bande magnétique sont assumés, s'il en est, par la Régie.
- 7.13 Le greffier du conseil d'arbitrage transmet toute sentence, sous pli recommandé, au Ministre, à l'Association et, le cas échéant, aux autres parties.

ARTICLE 8 **LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE**

- 8.01 L'entente n'a pas pour objet de restreindre ou de limiter l'exercice de la profession de pharmacien, ni celui de statuer sur le lieu où les services assurés sont dispensés.
- 8.02 Dans le respect du code de déontologie du pharmacien et en accord avec la Loi sur la pharmacie, un pharmacien peut substituer au médicament prescrit un médicament dont la dénomination commune est la même, à moins d'indication contraire formulée par l'auteur de l'ordonnance lorsque la situation de la personne le requiert. Cette indication doit être présente lors de l'exécution de l'ordonnance.
- En tant que prescripteur, le pharmacien peut également inscrire la mention «ne pas substituer» ainsi que le code spécifique le cas échéant, à la condition que les motifs n'exigent pas que le pharmacien procède à une évaluation au sens médical et qu'ils soient documentés au dossier de la personne assurée.
- 8.03 Le pharmacien a pleine autonomie sur la tenue, l'organisation et la gestion de sa pharmacie.

ARTICLE 9 **BONNE FOI**

- 9.01 Est réputé agir de bonne foi, le pharmacien qui dispense des services, fournitures et médicaments assurés à une personne sur présentation d'une carte d'assurance maladie valide, du carnet de réclamation prévu par la Loi sur l'assurance maladie ou un règlement ou d'une preuve d'admissibilité aux médicaments émise par le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

ARTICLE 10 **CONSULTATIONS**

- 10.01 Le Ministre convient de consulter l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'entente.
- 10.02 Le Ministre consulte l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un pharmacien pour les fins de l'article 72 de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements.
- 10.03 Chaque fois que la Régie entend se prévaloir du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, elle en informe au préalable l'Association par courrier recommandé.
- L'Association soumet, s'il y a lieu, ses représentations dans un délai de sept (7) jours de la réception de l'avis de la Régie.
- 10.04 Toute modification dans les modalités de transport des données de paiement entre la pharmacie et la Régie doit être discutée entre la Régie et l'Association avant d'être mise en œuvre.

ARTICLE 11 **MODIFICATION DE L'ENTENTE**

- 11.01 Toute matière relative à l'interprétation de l'entente ou à son application peut faire l'objet de négociation entre les parties.
- 11.02 Les parties conviennent de négocier toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite de l'adoption de toute loi et de tout règlement ou de tout changement à la législation et à la réglementation.
- 11.03 Les parties conviennent de négocier aussi toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite d'un règlement adopté par l'Ordre des pharmaciens conformément à la Loi sur la pharmacie.
- 11.04 Les négociations prévues aux articles ci-dessus sont entamées sur avis de l'une ou l'autre des parties et commencent dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de cet avis.

ARTICLE 12 **COMITÉ SPÉCIAL**

- 12.01 Le Ministre et l'Association conviennent de former, à la demande de l'un d'eux, des comités ad hoc ayant pour mandat d'étudier tout problème particulier qu'ils jugent bon de leur soumettre.
- 12.02 Tout comité ainsi formé est composé de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association.
- 12.03 Le Ministre nomme pour chaque comité un secrétaire qui n'a pas voix délibérative.
- 12.04 Tout tel comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement.
- 12.05 Tout tel comité doit faire rapport au Ministre et à l'Association dans le délai que ceux-ci lui ont fixé.

- 12.06 À défaut d'entente entre le Ministre et l'Association quant à la durée du mandat d'un tel comité, celui-ci doit leur faire rapport dans les quatre-vingt-dix (90) jours de sa formation, à la suite de quoi il est dissout automatiquement. Ce délai peut être prolongé de consentement par les deux parties.
- 12.07 Chaque partie assume ses propres frais et déboursés encourus lors de l'exécution du mandat d'un tel comité.

ARTICLE 13 **INFORMATION SUR LES MODIFICATIONS DES PRIX MAXIMUM DES MÉDICAMENTS**

- 13.01 Lorsque la publication d'une nouvelle Liste de médicaments comporte des modifications au prix maximum remboursé par la Régie pour un médicament donné, le Ministre informe l'Association du nouveau montant du prix maximum au moins trente (30) jours avant son entrée en vigueur.

ARTICLE 14 **RENOUVELLEMENT**

- 14.01 Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'entente.
- 14.02 La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.
- 14.03 Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

ARTICLE 15 **ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE**

- 15.01 La présente entente entre en vigueur le 1er avril 2018 et se termine le 31 mars 2020.

Les annexes I, II, III, IV, V, VI, et VII font partie intégrante de l'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Entente 2018-2020

ANNEXES

ANNEXE I
LISTE DES MÉDECINS

Aucun

Entente 2018-2020

ANNEXE II

RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

Règle 1

Pour fins de rémunération, le coût des services, des médicaments et des fournitures que fournit le pharmacien n'est payable que si les médicaments, les services et les fournitures ont été fournis en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments, de leurs règlements et des dispositions de l'entente, le tout en exécution ou relativement à l'exécution d'une ordonnance valide au sens de la Loi sur la pharmacie, de ses règlements et de toute réglementation régissant la délivrance de médicaments couverts par la Loi des aliments et drogues et par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Règle 2 **Rémunération des services pharmaceutiques**

La Régie paie au pharmacien le coût des services qu'il a rendus lui-même à une personne assurée ou qui ont été rendus par une personne autorisée par la Loi sur la pharmacie ainsi que le coût des fournitures, des médicaments ou de formules nutritives déterminés par la Loi.

Cependant, quant à toute personne visée par le paragraphe 1.02 de l'entente, le coût des services ne lui est payable par la Régie que si les services ont été rendus par un pharmacien à son emploi.

Le coût des services inclut notamment les frais de livraison, le cas échéant.

Pour les formules nutritives le seul service applicable est le suivant : délivrance sur ordonnance ou sur renouvellement d'ordonnance de formules nutritives. La rémunération pour ce service est celle prévue au point 2 de l'annexe III.

Règle 3

Le coût des services prévus au tarif est payable pour chaque médicament ou formule nutritive fourni en vertu d'une ordonnance à une personne assurée.

Lorsque pour les fins d'administration d'un médicament assuré un solvant est requis, un seul coût de service est payable pour la fourniture du médicament assuré et du solvant.

Règle 4

Abrogée.

Règle 5

À la suite de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, prestation définie à l'entente particulière relative au programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, le pharmacien peut prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence conformément aux dispositions des lois et règlements relatifs à la contraception orale d'urgence. Le tarif de l'exécution de l'ordonnance est prévu au point 1 de l'annexe III.

Les services suivants relatifs à une ordonnance de contraception orale d'urgence prescrite par un pharmacien ne donnent droit à aucun paiement :

- Renouvellement de l'ordonnance ;
- Refus d'exécuter ou de renouveler l'ordonnance ;
- Opinion pharmaceutique adressée à un pharmacien.

Le coût du médicament payable par la Régie aux fins de la contraception orale d'urgence est celui correspondant à la quantité de médicament prescrite requise pour les besoins immédiats de la contraception orale d'urgence. Cependant, lorsqu'une partie seulement d'un produit indivisible de la Liste de médicaments est fournie pour la contraception orale d'urgence, le coût du format complet du produit peut être payable en autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la nature de son conditionnement.

Règle 6

Dans le cas de refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance par un pharmacien, la Régie paie au pharmacien pour un motif d'ordre thérapeutique ou pour une ordonnance falsifiée, le coût des services prévu au point 3 de l'annexe III, pourvu que :

- a) le refus vise un médicament assuré ;
- b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien ;
- c) l'ordonnance refusée ou son fac-similé soit versé à son registre.

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

Règle 7

Lorsque le refus d'exécution d'une nouvelle ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance s'accompagne d'une opinion pharmaceutique, seule l'opinion pharmaceutique est payable.

Règle 8

L'ordonnance déjà refusée par un pharmacien ne donne lieu à aucun autre paiement.

Règle 9

Un refus d'exécuter une ordonnance au motif de manque de médicament ne donne droit à aucun paiement.

Un refus d'exécution émis au motif d'un chevauchement de validité entre deux ordonnances lors de la reconduction d'un traitement identique (i.e. : represcription d'un médicament) ne donne droit à aucun paiement.

La simple vérification du dosage d'un médicament prescrit (posologie ou teneur) auprès du prescripteur sans modification de sa part ne constitue pas un refus d'exécuter ou de renouveler une ordonnance.

Dans le cadre de l'entente particulière relative au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments chez certains prestataires de l'assistance emploi, le refus d'exécuter une ordonnance ne donne droit à aucun paiement autre que celui prévu à l'entente particulière.

Entente 2018-2020

Règle 10

Opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien dressé sous son autorité, portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'une personne assurée ou sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance.

La Régie paie au pharmacien le coût du service prévu au tarif pour une opinion, qu'elle s'adresse à un ou plusieurs prescripteurs, pour autant que :

- a) l'opinion porte sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicaments ; et
- b) l'opinion comporte une recommandation qui soit propre à la personne assurée visée ; et
- c) cette recommandation :
 - i) vise à modifier, à interrompre ou à empêcher le traitement prescrit ; ou
 - ii) vise à modifier ou à interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement, normalisé ou non par les autorités fédérales, lorsque le pharmacien observe une contre-indication ou une interaction entre ce produit et un médicament prescrit de la Liste de médicaments ; ou
 - iii) suggère la surveillance de la pharmacothérapie de la personne assurée au moyen de tests de laboratoire, de paramètres physiologiques ou de signes cliniques et propose une mesure à prendre en cas d'anomalie ; ou
 - iv) vise à ajouter un médicament complémentaire assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicament à un autre médicament pour en augmenter l'efficacité ou encore pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables ; ou
 - v) vise à modifier le dosage (teneur ou posologie) prescrit lors de la reconduction d'un traitement lorsqu'il est jugé inapproprié en raison de renseignements cliniques consignés au dossier-patient ou fournis par la personne assurée.

N'est pas considérée comme une opinion pharmaceutique la simple vérification auprès du prescripteur du dosage (teneur ou posologie) d'un médicament lors de la reconduction du traitement sans une recommandation propre à la personne assurée.

N'est pas considérée comme une opinion pharmaceutique la simple énumération des médicaments au dossier patient (profil de la personne assurée) sans la présence d'une recommandation propre à la personne assurée.

L'opinion pharmaceutique doit être transmise par écrit au prescripteur, une copie de celle-ci doit être conservée au dossier-patient.

Sous réserve des articles 37 et 38 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le pharmacien remet une copie de l'opinion ou informe la personne assurée de la teneur de l'opinion transmise au prescripteur dans les cas suivants :

- 1) si la personne assurée en fait la demande ;
- 2) si le pharmacien le juge à propos ;
- 3) si la recommandation est faite aux termes du paragraphe c) *ii*).

Les tarifs pour ce service sont prévus au point 4 de l'annexe III.

Règle 11 **Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance**

L'opinion est également payable lorsqu'elle porte sur l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrits à l'annexe VII.

L'opinion relative à l'inobservance est un avis de non-concordance entre la fréquence à laquelle une personne assurée requiert un médicament et la fréquence prescrite. L'inobservance se rapporte donc à une demande hâtive ou tardive de médicaments qui entraîne une situation potentielle de surconsommation ou de sous-consommation.

Une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive ou tardive est identifiée en s'appuyant sur le profil des renouvellements des acquisitions d'ordonnances élaboré à l'aide du dossier-patient de pharmacie.

Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-A sont :

- a) une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours ;
- b) une acquisition ou une demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui est inférieure de vingt pour cent (20 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours.

Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-B sont :

- a) une acquisition ou demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours ;
- b) une acquisition ou demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité de médicaments prescrits qui est inférieure de cinq pour cent (5 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours ou de dix pour cent (10 %) lorsque le calcul porte sur une période de trente (30) jours ou moins. Dans les deux cas, le calcul de cette proportion est cumulatif.

L'opinion sur l'inobservance doit être transmise par écrit au prescripteur. Elle doit être rédigée conformément aux définitions précitées de l'inobservance et aux dispositions de la règle 10, à l'exception de la recommandation. Il doit s'agir d'une recommandation qui vise à modifier ou à interrompre le traitement en cause ou de toute autre recommandation en vue d'améliorer l'observance.

De plus, sous réserve des articles 37 et 38 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le pharmacien est tenu d'informer la personne assurée de la teneur de l'opinion transmise au prescripteur.

Le tarif pour ce service est prévu au point 5 de l'annexe III. Il n'est payable à un pharmacien que deux fois par année pour chacune des situations précisées à l'annexe VII pour une même personne assurée.

Le Ministre peut modifier en tout temps l'annexe VII en donnant un préavis de trente (30) jours à l'Association.

Règle 12 **Transmission d'un profil**

Lorsque le pharmacien, à la demande d'un professionnel de la santé d'un service d'urgence, constitue et transmet le profil pharmacologique d'une personne assurée, il reçoit, à titre de compensation, le tarif prévu au point 6 de l'annexe III dans la mesure où les renseignements suivants sont inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé par le pharmacien pour effectuer sa facturation et versés au registre :

- la date de la transmission du profil;
- le nom du demandeur et sa fonction;
- le lieu où le profil a été transmis;
- les raisons qui motivent cette transmission si connues;
- le profil lui-même, c'est-à-dire la liste des médicaments transmise au demandeur.

Règle 13

Le pharmacien ne peut réclamer qu'un seul tarif d'opinion pour un même avis motivé même s'il cumule ou regroupe un ou plusieurs types d'opinions ou de recommandations tels que précisés aux règles 10 et 11 énumérées précédemment.

Règle 14

L'opinion pharmaceutique se donne à la demande du prescripteur ou à l'initiative du pharmacien.

Règle 15 **Pharmacothérapie initiale**

Lors de l'initiation d'une pharmacothérapie reliée à une maladie chronique ou de longue durée et qui vise un médicament de l'annexe VI, et que la quantité prescrite correspond à celle requise pour au moins vingt-huit (28) jours de traitement, le pharmacien peut fournir le médicament pour une durée de traitement de sept (7) jours et ensuite la quantité correspondant au reste de celle prescrite, le cas échéant. Le tarif applicable est celui prévu au point 14 de l'annexe III.

Pour les fins du paragraphe précédent, une pharmacothérapie est initiée lorsqu'un pharmacien fournit un médicament (dénomination commune) pour lequel aucune ordonnance ne figure au fichier historique de la personne assurée RAMQ depuis les derniers vingt-quatre (24) mois.

Aucun refus ni opinion pharmaceutique n'est payable dans les trente (30) jours de l'initiation d'une pharmacothérapie si elle a pour recommandation de faire interrompre ou modifier le médicament.

La notion de période d'essai ne s'applique pas pour les personnes assurées qui reçoivent leurs médicaments sous la forme d'un pilulier hebdomadaire.

Le Ministre peut modifier en tout temps l'annexe VI en donnant un préavis de trente (30) jours à l'Association.

Règle 16 Préparation magistrales non stériles

On regroupe sous l'appellation générale de « préparations magistrales non stériles » la combinaison ou le mélange de deux ingrédients ou plus (dont au moins un ingrédient est une composante pharmacologique active) pour créer un produit final sous une forme dosifiée appropriée¹ et ne doit pas équivaloir à un produit déjà manufacturé.

N'est pas considérée comme un médicament magistral la simple reconstitution d'un produit déjà manufacturé par l'addition d'un solvant ou par la mise en suspension.

Le mélange final doit correspondre à la description d'une préparation magistrale inscrite à la section des renseignements généraux de la Liste des médicaments.

- a) Le pharmacien a droit au paiement du coût de préparation d'un médicament magistral prescrit, même lorsqu'il fait préparer le médicament magistral à l'extérieur de la pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

Il est interdit à un pharmacien préparateur qui, à la demande d'un autre pharmacien, prépare un médicament magistral ou tout autre médicament qui nécessite une préparation, de vendre à ce pharmacien un tel médicament à un autre prix que celui assumé par le régime général, et de lui facturer d'autres honoraires que ceux établis selon les tarifs prévus à la présente entente.

Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'un médicament magistral sont prévus au point 8 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu aux points 1B ou 1C de l'annexe III.

- b) Le coût du médicament magistral correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste des médicaments ainsi que de chaque véhicule, solvant ou adjuvant apparaissant à la section des véhicules, solvants ou adjuvants de la Liste des médicaments publiée par la Régie et incorporés dans le médicament magistral.
- c) Le prix coûtant du pharmacien dispensateur, tel que défini à la Liste des médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque véhicule, solvant ou adjuvant ou produit utilisé pour la préparation magistrale. Ce prix coûtant du pharmacien dispensateur réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la Liste des médicaments est utilisée dans la préparation magistrale, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit. Le coût du produit fait alors l'objet d'une considération spéciale (C.S.).

L'Association peut faire des représentations auprès de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) sur les médicaments magistraux.

Le tarif du médicament magistral ne s'applique pas pour la préparation de méthadone utilisée dans le cadre de la règle 29 portant sur le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes.

Le tableau ci-dessous décrit les différentes catégories de préparations magistrales non stériles.

¹ Référence : Santé Canada, *La fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada* (POL-0051), 26 janvier 2009, Point 6.0 « Définitions », p. 9.

CATÉGORIES ²	DESCRIPTIONS		
	Ingrédients	Formes pharmaceutiques (Exemples pour chaque catégorie)	Instruments (Exemples pour chaque catégorie)
1	Aucune matière dangereuse	Formes liquides ou solides (ex : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.)	Instruments de base : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatules, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier
2	Aucune matière dangereuse	Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
3	PRÉPARATION OBLIGATOIRE SOUS HOTTE		

Voir en annexe III point 8 les tarifs associés à chacune des catégories de préparations magistrales.

Règle 17

Abrogée.

Règle 18 **Mise en seringue d'insuline**

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle, sous forme d'une mise en seringue, une ordonnance d'insuline, le tarif est celui prévu au point 18 de l'annexe III, pour autant que :

- a) la personne assurée déclare être incapable d'effectuer adéquatement la mise en seringue de l'insuline en raison de problèmes cognitifs ou de handicaps physiques ou sensoriels, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant ;
- b) la personne assurée déclare ne pas avoir recours à une personne aidante habilitée à lui administrer l'insuline, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant ;
- c) les renseignements ainsi obtenus sont consignés au dossier-patient.

Pour les mises en seringue d'un mélange des mêmes insulines, peu importe le nombre d'unités requis pour chacune d'entre elles, un seul coût de service est payable.

² Préparations magistrales non stériles en pharmacie. Norme 2012-01, OPQ, Catégories de préparations magistrales non stériles pages 6 et 7.

Règle 19

Modalités d'exécution d'une ordonnance

Le coût des médicaments payable par la Régie en vertu d'une ordonnance est celui correspondant à la quantité des médicaments prescrite sur l'ordonnance ou, à défaut d'une telle quantité, à celle requise pour la durée de traitement prescrite sur l'ordonnance.

Lorsque la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de trente (30) jours, la quantité dispensée peut être égale à celle requise pour un traitement de trente (30) jours. Le pharmacien peut aussi, selon son jugement professionnel et sur la base de son évaluation des besoins de la personne assurée, fournir une quantité pour une durée excédant trente (30) jours.

Cependant, la quantité servie peut correspondre à moins de trente (30) jours dans les circonstances suivantes :

- a) lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement ;
- b) le seul format d'emballage disponible commercialement correspond à une durée de traitement de vingt-huit (28) jours. Dans ce cas, la quantité de médicament dispensée doit correspondre à celle requise pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours ;
- c) la quantité des médicaments prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament ;
- d) la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques reliées au médicament ;
- e) lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle ;

dans ce cas, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée;

- f) la personne assurée reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier.
- g) la quantité d'opioïdes prescrite correspond à une durée de traitement qui pourrait s'avérer à risque pour la santé et la sécurité de la personne assurée ou de son entourage. Dans ce cas, le pharmacien peut fractionner pour la dispensation, à 25 % de la quantité prescrite, selon son jugement professionnel. Toutefois, si la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de traitement de sept (7) jours, la quantité dispensée pourra être fractionnée pour permettre un service dont la durée de traitement sera de sept (7) jours, selon le jugement professionnel du pharmacien.

La justification du fractionnement doit être consignée au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Règle 20

Le coût des formules nutritives payable par la Régie pour une ordonnance est celui de la quantité prescrite et fournie.

Règle 21 **Considération spéciale (C.S.)**

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale autorisée par la Régie :

- a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;
- b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

Le pharmacien doit alors consigner les renseignements au dossier-patient.

Entente 2018-2020

Règle 22 **Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ou d'une chambre d'espacement**

Les modalités de rémunération du service de remise de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ou d'une chambre d'espacement sont les suivantes :

- a) le coût de service prévu pour la remise de seringues-aiguilles jetables ou d'aiguilles jetables pour auto-injecteur d'insuline ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables ou des aiguilles jetables pour auto-injecteur d'insuline sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée porteuse d'une ordonnance pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline et autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie inscrits à la Liste de médicaments;
- b) le coût de service prévu pour la remise de seringues jetables (sans aiguille) est payable lorsque le service a été rendu à une personne assurée qui nécessite l'administration d'un médicament de la classe des agonistes des opiacés, des anti-convulsivants ou des immunosuppresseurs sous forme liquide par voie orale et qu'elle-même ou la personne aidante est dans l'impossibilité de mesurer adéquatement la dose prescrite. Ce service est également payable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés et qu'aucun professionnel habilité à préparer une dose de médicament n'exerce dans cette résidence;
- c) le coût de service prévu pour la remise de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ainsi que le coût des seringues de chlorure de sodium pré-remplies sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée dans le but de permettre l'irrigation de cathéter lorsqu'elles sont utilisées conjointement à un médicament administré par voie parentérale;
- d) le coût du service prévu pour la remise de la chambre d'espacement ainsi que le coût de la chambre d'espacement sont payables lorsque le service a été rendu à une personne porteuse d'une ordonnance d'aérosol doseur inscrit à la Liste de médicaments;
- e) la quantité fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.

L'opinion pharmaceutique et le refus d'exécuter ne s'appliquent pas à la fourniture de seringues-aiguilles jetables ou de seringues jetables (sans aiguilles). Les tarifs pour ces services sont prévus aux points 13 et 20 de l'annexe III.

Règle 23 **Plafond**

Une réduction du tarif est prévue après un nombre annuel déterminé d'ordonnances payées à une pharmacie dans le cadre de l'entente. Le nombre annuel est fixé par période de douze (12) mois commençant le 1^{er} janvier de chaque année et se calcule en fonction de la date d'exécution des services ; il comprend chaque exécution et chaque renouvellement d'ordonnances pour un médicament, une formule nutritive et un médicament magistral. Le nombre annuel est fixé à quarante-huit mille cinq cent (48 500) pour la durée de l'entente.

On entend par pharmacie, tout local où se pratique l'exercice de la pharmacie au sens de la Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c. P-10) et ce, indépendamment de son ou ses propriétaires.

Règle 24

Pilulier

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament reliée à une maladie chronique ou de longue durée et fournit des médicaments pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours ou moins sous la forme d'un pilulier, la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III.

La justification de l'utilisation du pilulier doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie. De plus, les raisons à l'appui de l'utilisation du pilulier doivent obligatoirement faire état des rencontres du pharmacien avec la personne assurée ou la personne aidante. En outre, la décision en regard de la personne assurée doit être évaluée au moins une (1) fois l'an et être motivée en fonction des critères suivants :

1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :

- de problèmes cognitifs,
- de handicaps physiques ou sensoriels,
- de la complexité du régime posologique ou
- du niveau de danger en regard de la situation clinique.

2- Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même sans assistance.

Toutefois, si la personne aidante est dans l'incapacité de gérer la prise de médication en raison d'un des motifs décrits au point 1, l'utilisation du pilulier est justifiée même si la personne assurée ne peut l'utiliser elle-même.

Le service du pilulier doit être effectué hebdomadairement. À chaque service du pilulier pour une période de sept (7) jours, vingt-cinq pour cent (25%) du tarif prévu au point 11 de l'annexe III est payable.

Toutefois, lorsque la personne assurée quitte temporairement son domicile ou que des circonstances exceptionnelles reliées à l'isolement ou à la distance mettent en péril la prise de médicaments, le service du pilulier peut être effectué pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours. Pour chaque période de sept (7) jours, le service du pilulier est payable à vingt-cinq pour cent (25 %) du tarif prévu au point 11 de l'annexe III. La justification de la remise de piluliers pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Lorsque la personne assurée ne satisfait pas les critères indiqués au paragraphe précédent et que le pharmacien effectue le service de pilulier pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours, seul le tarif prévu au point 1A) de l'annexe III est payable.

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.

Le tarif prévu au point 11 de l'annexe III est également payable lorsque la personne assurée doit recevoir ses médicaments sous la forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Règle 25

Tarif applicable

Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus ⁽¹⁾, la rémunération est celle prévue au point 1A de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

La rémunération de chaque service découlant de l'application du tarif 1A de l'annexe III est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés, sous réserve d'une rémunération maximale équivalant à quatre-vingt-dix (90) jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphes a) à d) et g) de la règle 19, la rémunération est celle prévue aux points 1B ou 1C de l'annexe III. Pour les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée

Pour les autres traitements la rémunération est celle prévue aux points 1B et 1C de l'annexe III. Le point 1B) prévoit le tarif d'exécution d'une nouvelle ordonnance, alors que le point 1C) prévoit le tarif de renouvellement d'une ordonnance.

Toutefois, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération suivante s'applique :

- 1- la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui répond aux critères énoncés à la règle 24 ;
 - 2- la rémunération hebdomadaire est égale à vingt-cinq pour cent (25 %) du tarif prévu au point 1C de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24. Dans ce cas, le pharmacien peut également obtenir de la personne assurée, à titre de frais accessoires, compensation pour le coût de la mise sous pilulier.
- ⁽¹⁾ Excluant les médicaments de l'annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlés) lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques).

Service chronique de moins de sept (7) jours

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale visé au premier alinéa de cette règle et qu'il fournit, conformément à la quantité inscrite sur l'ordonnance, des médicaments pour une durée de traitement de moins de sept (7) jours, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

- ✓ dans un cas de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée;
- ✓ de VIH;
- ✓ de tuberculose;
- ✓ de traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes;
- ✓ en vertu d'un jugement qui l'ordonne.

Dans ces cas, la justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée incluant le jugement de la cour les cas échéant et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Ces tarifs s'appliquent également dans les cas de personnes assurées pour lesquelles un médecin a fait une demande écrite au pharmacien justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de sept (7) jours). De plus, la condition de la personne assurée doit être réévaluée au moins une fois par année par le médecin traitant et une copie de cette évaluation doit être transmise par écrit au pharmacien.

Toutefois, dans ces situations, les conditions suivantes doivent être respectées :

- ✓ L'essai du pilulier par la personne assurée ne peut pas être envisagé ou il s'est avéré infructueux.
- ✓ La personne assurée vit seule ou elle cohabite avec une autre personne dont les incapacités sont telles que même l'utilisation d'un pilulier par cette dernière ne peut être envisagée pour la gestion de la médication de la personne assurée. Ce tarif n'est toutefois pas applicable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés.
- ✓ Un travailleur social ou une travailleuse sociale, un infirmier ou une infirmière est en contact régulier, au moins une fois par mois, avec la personne concernée afin de s'assurer de son état de santé et de sa sécurité et le pharmacien communique avec ce professionnel au moins une fois par mois afin de justifier le maintien de ce service de moins de sept (7) jours.

Les justifications suivantes doivent être documentées au dossier de la personne assurée :

- ✓ Les motifs ne permettant pas l'usage du pilulier ou les raisons qui ont provoqué son échec.
- ✓ La date et le contenu des échanges entre les professionnels de la santé impliqués dans le dossier de la personne assurée.
- ✓ Le cas échéant : les incapacités de la personne qui cohabite avec la personne assurée et qui ne lui permettent pas de gérer la médication de cette dernière.

Une copie de ces justifications et évaluations par le médecin doit être transmise sur demande à la Régie.

Toute autre situation non décrite précédemment ne peut faire l'objet d'une considération spéciale pour une rémunération différente du tarif quotidien prévu au point 1A de l'annexe III.

Règle 26

Pharmacien désigné

Lors de situations urgentes et de façon exceptionnelle, le pharmacien autre que le pharmacien désigné visé par l'entente particulière relative au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments peut dispenser, en vertu d'une ordonnance, des médicaments à une personne assurée sous surveillance aux conditions suivantes :

- a) Les coûts du service et du médicament dispensé sont payables lorsque le pharmacien désigné est inaccessible pour la personne assurée et que le pharmacien communique avec le pharmacien désigné lors du service.
- b) Malgré les dispositions de la règle 19, si le pharmacien ne peut rejoindre le pharmacien désigné lors du service, la quantité du médicament alors payable correspond à une durée de traitement maximale de cinq (5) jours, à l'exception des cas suivants :
 - ✓ traitement d'une pathologie aiguë ;
 - ✓ conditionnement indivisible du médicament.

Le pharmacien doit consigner les renseignements suivants au dossier-patient et transmettre une copie sur demande à la Régie :

- ✓ la raison de l'inaccessibilité du pharmacien désigné ;
- ✓ le motif empêchant de rejoindre le pharmacien désigné.

Aucune autre rémunération ne peut lui être versée en regard de cette ordonnance.

Règle 27

Thérapie parentérale et solution ophtalmique

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicament(s) sous la hotte destiné(s) à être administré(s) par voie parentérale, c'est à dire lorsque l'administration du médicament nécessite l'utilisation d'un cathéter ou d'une aiguille pour traverser la peau (à l'exception de l'insuline). Les différents contenants possibles figurent sous différentes appellations dans la section « fournitures » ou encore dans la liste des véhicules, solvants et adjuvants de la Liste de médicaments. La mise en contenant peut nécessiter une préparation préalable (dilution) du ou des médicaments lorsque la forme pharmaceutique du produit est une poudre injectable.

On regroupe sous l'appellation générale de « solution ophtalmique » la mise en contenant sous la hotte de produits (médicaments et/ou véhicules) de la Liste de médicaments dont le mélange final correspond à la description d'une préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section des renseignements généraux de la Liste de médicaments.

- a) Le pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, même lorsqu'il fait préparer la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

Il est interdit à un pharmacien préparateur qui, à la demande d'un autre pharmacien, prépare un médicament magistral ou tout autre médicament qui nécessite une préparation, de vendre à ce pharmacien un tel médicament à un autre prix que celui assumé par le régime général, et de lui facturer d'autres honoraires que ceux établis selon les tarifs prévus à la présente entente.

Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique sont prévus au point 15 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu aux points 1B ou 1C de l'annexe III.

- b) Le coût du médicament pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste de médicaments utilisé.

Le prix coûtant du pharmacien, tel que défini à la Liste de médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque adjuvant, véhicule, solvant ou produit utilisé pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Ce prix coûtant du pharmacien réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la Liste de médicaments est utilisée dans la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit.

- c) Lorsque la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique est préparée dans une pharmacie communautaire, la Régie paie au pharmacien le coût des services et des médicaments utilisés en autant que la préparation soit effectuée dans une pharmacie certifiée par l'Ordre des pharmaciens du Québec pour la préparation des produits stériles en pharmacie.
- d) La mise en seringue de solution de chlorure de sodium est payable si ce produit fait l'objet d'une ordonnance pour irrigation de cathéter et qu'il est utilisé conjointement à un médicament administré par voie parentérale. Toutefois, la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ne donne pas droit au paiement du coût de service prévu aux points 1B ou 1C de l'annexe III.

Règle 28**Demande de dérogation pour inscription rétroactive au régime**

Le pharmacien qui demande à la Régie une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime général d'assurance médicaments est rémunéré pour chacun des services qu'il a fournis à la personne assurée au-delà d'une période de quatre-vingt-dix-neuf (99) jours, selon le tarif prévu au point 21 de l'annexe III lorsqu'il transmet la réclamation de façon électronique ou en complétant le formulaire 3621 prévu à cette fin.

Règle 29**Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes**

Lorsqu'un pharmacien exécute et renouvelle une ordonnance pour le traitement de la dépendance aux opioïdes et qu'il supervise la prise du médicament, la rémunération est celle prévue au point 7 de l'annexe III. La rémunération est la même pour tous les médicaments utilisés qu'ils nécessitent ou non une préparation magistrale par le pharmacien. Le tarif de préparation de la magistrale n'est pas payable lorsqu'un traitement de substitution de la dépendance aux opiacés est rémunéré.

Le tarif prévu au point 7 n'est payable qu'une fois par jour. Si plusieurs doses sont remises à la personne assurée en même temps que la dose supervisée, le tarif prévu au point 7 n'est payable qu'une seule fois. Si le traitement quotidien requiert plusieurs teneurs d'un même médicament, et donc plus d'une ordonnance, seule la première est rémunérée au tarif prévu au point 7 de l'annexe III, les autres ordonnances étant rémunérées au tarif prévu aux points 1B ou 1C de l'annexe III, selon le cas.

Règle 30**Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures**

Lorsque le pharmacien évalue le besoin d'un traitement médicamenteux pour l'une ou l'autre des conditions mineures énumérées ci-dessous:

- ✓ la rhinite allergique;
- ✓ l'herpès labial;
- ✓ l'acné mineure (sans nodule ni pustule);
- ✓ la vaginite à levure;
- ✓ l'érythème fessier;
- ✓ la dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée;
- ✓ la conjonctivite allergique;
- ✓ le muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde;
- ✓ les aphtes buccaux;
- ✓ la dysménorrhée primaire;
- ✓ les hémorroïdes;
- ✓ l'infection urinaire chez la femme;

et que la personne assurée a déjà fait l'objet d'un diagnostic par un médecin ou d'une évaluation par une infirmière praticienne spécialisée et qu'elle s'est vue prescrire antérieurement un médicament en lien avec le diagnostic ou l'évaluation dans les délais prévus au règlement, la Régie paie le tarif désigné au point 22 de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

La date de l'entrevue pour l'évaluation du besoin de prescription de la personne assurée, la démarche d'évaluation du besoin selon les normes professionnelles en vigueur et la décision rendue à ladite personne doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 31

Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis

Lorsque le pharmacien évalue le besoin d'un traitement médicamenteux pour l'un ou l'autre des cas suivants :

- ✓ la diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation);
- ✓ la prophylaxie du paludisme;
- ✓ la supplémentation vitaminique en périnatalité;
- ✓ les nausées et vomissements reliés à la grossesse;
- ✓ la cessation tabagique (excluant la prescription de la varenicline et du bupropion) :
 - à raison d'une seule évaluation par année par personne assurée;
- ✓ 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 trois (3) mois; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximum de trois (3) mois;
- ✓ la pédiculose;
- ✓ la prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve;
- ✓ la prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque :

le service doit viser **les personnes à risque modéré ou élevé** de complications gastro-intestinales qui utilisent un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou de l'acide acétylsalicylique. Le risque est évalué selon les dispositions de l'avis de l'Institut d'excellence en Santé et Services sociaux (INESSS) en vigueur ;
- ✓ la prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil);

la Régie paie le tarif désigné au point 25 de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

La date de l'entrevue pour l'évaluation du besoin de prescription de la personne assurée, la démarche d'évaluation du besoin selon les normes professionnelles en vigueur ainsi que la décision rendue à ladite personne doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 32 **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 suivants :**

- ✓ **hypertension artérielle**
- ✓ **dyslipidémie**
- ✓ **hypothyroïdie**
- ✓ **diabète non insulino-dépendant**
- ✓ **traitement prophylactique de la migraine**

Le service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques inclut les activités suivantes :

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge;
4. la rédaction de l'ordonnance d'ajustement de la médication, le cas échéant;
5. l'inscription au dossier de la personne assurée de l'ajustement de la médication, le cas échéant, et de la justification clinique;
6. la communication des résultats des analyses de laboratoire ou des tests, et le cas échéant des ajustements, au médecin et à la personne assurée;
7. la réalisation d'entrevues de suivi selon le plan de traitement établi.

Le pharmacien qui prend en charge l'ajustement de la dose de médicaments d'une personne assurée avec l'objectif de l'atteinte de cibles thérapeutiques fournies par le médecin traitant pour l'un ou l'autre des champs thérapeutiques précités, a droit aux tarifs désignés au point 26 de l'annexe III pour la rencontre initiale ainsi qu'à un forfait annuel.

Le service correspondant à la rencontre initiale est facturé au moment où cette rencontre a lieu. La date de la rencontre initiale et le plan de suivi établi doivent être consignés au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Si la rencontre initiale est relative à deux champs thérapeutiques et plus simultanément (incluant le diabète insulino-dépendant décrit à la règle 33), le tarif de la rencontre initiale est précisé au point 26 de l'annexe III. Toutefois, si la prise en charge d'un autre champ thérapeutique s'ajoute subséquemment, une nouvelle rencontre initiale correspondant au tarif précisé au point 26 de l'annexe III peut être réclamée.

Pour être admissible au forfait annuel, le pharmacien doit réaliser au moins deux entrevues de suivi. Le montant du forfait est payable en deux versements, lors de chacune des deux premières entrevues de suivi de l'année.

Lors des entrevues de suivi exigées, la date et la justification clinique soutenant la décision de procéder à un ajustement de la dose ou non ainsi que les ordonnances qui en découlent s'il y a lieu doivent être consignées au dossier de la personne assurée et versées au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Le tarif du forfait annuel est réduit de cinquante pour cent (50 %) pour un deuxième champ thérapeutique pris en charge (incluant le diabète insulino-dépendant décrit à la règle 33) ainsi que les subséquents s'il y a lieu. L'ordre chronologique du début du suivi de chacun des champs, le cas échéant, permet de déterminer quel champ thérapeutique est visé par la réduction du tarif du forfait annuel.

Le service de la prise en charge pourra être cessé en tout temps par le médecin traitant ou la personne assurée elle-même. Si l'arrêt de la prise en charge survient avant qu'une première entrevue de suivi annuel ne soit réalisée, le forfait ne pourra pas être facturé par le pharmacien. Toutefois, si cet arrêt survient avant que la deuxième entrevue de suivi n'ait lieu, le deuxième versement du forfait ne pourra pas être facturé par le pharmacien.

S'il s'agit de l'arrêt de la prise en charge d'un premier champ thérapeutique, le tarif du forfait annuel du deuxième champ sera ramené à cent pour cent (100 %).

Un pharmacien peut reprendre la prise en charge d'un champ thérapeutique préalablement cessé pour une personne assurée, en obtenant de nouveau les cibles thérapeutiques de la part du médecin traitant. Dans ces circonstances, la Régie paie le tarif désigné au point 26 de l'annexe III pour une nouvelle rencontre initiale ainsi que le tarif forfaitaire. Toutefois, ce dernier tarif est réduit de cinquante pour cent (50 %) si la reprise de la prise en charge vise un deuxième champ thérapeutique ou plus.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et le montant forfaitaire annuel prévu peuvent tous deux être facturés par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

Les opinions pharmaceutiques sont payables, sauf celles visant à recommander une modification de dosage.

Le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement n'est pas payable pour les ajustements de dose visant l'atteinte des cibles.

Règle 33 **Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant le diabète insulino-dépendant**

Le service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques inclut les activités suivantes :

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale du pharmacien pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge;
4. la rédaction de l'ordonnance d'ajustement de la médication, le cas échéant;
5. l'inscription au dossier de la personne assurée de l'ajustement de la médication, le cas échéant, et de la justification clinique;
6. la communication des résultats des analyses de laboratoire ou des tests, et le cas échéant des ajustements, au médecin et à la personne assurée;
7. la réalisation d'entrevues de suivi selon le plan de traitement établi.

Le pharmacien qui prend en charge l'ajustement de la dose de médicaments d'une personne assurée avec l'objectif de l'atteinte de cibles thérapeutiques fournies par le médecin traitant pour le diabète insulino-dépendant, a droit au tarif désigné au point 27 de l'annexe III pour la rencontre initiale ainsi qu'à un forfait annuel.

Le service correspondant à la rencontre initiale est facturé au moment où cette rencontre a lieu. La date de la rencontre initiale et le plan de suivi établi doivent être consignés au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Si la rencontre initiale est relative à deux champs thérapeutiques et plus simultanément, (incluant les champs thérapeutiques décrits à la règle 32) le tarif de la rencontre initiale est précisé au point 27 de l'annexe III. Toutefois, si la prise en charge d'un autre champ thérapeutique s'ajoute subséquemment, une nouvelle rencontre initiale correspondant au tarif désigné au point 27 de l'annexe III peut être réclamée.

Pour être admissible au forfait, le pharmacien doit réaliser au moins trois entrevues de suivi. Le montant du forfait est payable en trois versements lors de chacune des trois premières entrevues de suivi de l'année.

Lors des entrevues de suivi exigées, la date et la justification clinique soutenant la décision de procéder à un ajustement de la dose ou non ainsi que les ordonnances qui en découlent, s'il y a lieu, doivent être consignées au dossier de la personne assurée et versées au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Le tarif du forfait annuel est réduit de cinquante pour cent (50 %) pour le deuxième champ thérapeutique pris en charge (incluant les champs thérapeutiques décrits à la règle 32) ainsi que les champs thérapeutiques subséquents s'il y a lieu. L'ordre chronologique du début du suivi de chacun des champs, le cas échéant, permet de déterminer quel champ thérapeutique est visé par la réduction du tarif du forfait annuel.

Le service de la prise en charge pourra être cessé en tout temps par le médecin traitant ou la personne assurée elle-même. Si l'arrêt de la prise en charge survient avant qu'une première entrevue de suivi annuel ne soit réalisée, le forfait ne peut pas être facturé par le pharmacien. Toutefois, si cet arrêt survient avant que les deuxième ou troisième entrevues de suivi n'aient lieu, les versements correspondant à ces entrevues ne pourront pas être facturés par le pharmacien.

S'il s'agit de l'arrêt de la prise en charge d'un premier champ thérapeutique, le tarif du forfait annuel du deuxième champ sera ramené à cent pour cent (100 %).

Un pharmacien peut reprendre la prise en charge d'un champ thérapeutique préalablement cessé pour une personne assurée, en obtenant de nouveau les cibles thérapeutiques de la part du médecin traitant. Dans ces circonstances, la Régie paie le tarif désigné au point 27 de l'annexe III pour une nouvelle rencontre initiale ainsi que le tarif forfaitaire. Toutefois, ce dernier tarif est réduit de cinquante pour cent (50 %) si la reprise de la prise en charge vise un deuxième champ thérapeutique ou plus.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et le montant forfaitaire annuel prévu peuvent tous deux être facturés par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

Les opinions pharmaceutiques sont payables, sauf celles visant à recommander une modification de dosage.

Le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement n'est pas payable pour les ajustements de dose visant l'atteinte des cibles.

Entente 2018-2020

Règle 34 **Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant l'anticoagulothérapie**

Le service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques inclut les activités suivantes :

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale du pharmacien pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge;
4. la rédaction de l'ordonnance d'ajustement de la médication, le cas échéant;
5. l'inscription au dossier de la personne assurée de l'ajustement de la médication, le cas échéant, et de la justification clinique;
6. la communication des résultats des analyses de laboratoire ou des tests, et le cas échéant des ajustements, au médecin et à la personne assurée;
7. la réalisation d'entrevues de suivi selon le plan de traitement établi.

Le pharmacien qui prend en charge l'ajustement de la médication d'une personne assurée avec l'objectif de l'atteinte de cibles thérapeutiques fournies par le médecin traitant pour le suivi de l'anticoagulothérapie a droit au tarif désigné au point 28 de l'annexe III pour la rencontre initiale ainsi qu'à un forfait mensuel dont le montant est précisé au point 28 de l'annexe III. Le montant du forfait est payable une fois par mois de calendrier pour la durée du suivi.

La date de la rencontre initiale et le plan de suivi établi doivent être consignés au dossier de la personne assurée et versés au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Lors des entrevues de suivi, la date et la justification clinique soutenant la décision de procéder à un ajustement de la dose ou non ainsi que les ordonnances qui en découlent s'il y a lieu doivent être consignés au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Le service de prise en charge pourra être cessé en tout temps par le médecin traitant ou la personne assurée elle-même. Si l'arrêt de la prise en charge survient au cours d'un mois donné, le pharmacien peut facturer un dernier forfait mensuel pour le mois en cours.

Un pharmacien peut reprendre la prise en charge d'un champ thérapeutique préalablement cessé pour une personne assurée, en obtenant de nouveau les cibles thérapeutiques de la part du médecin traitant. Dans ces circonstances, la Régie paie le tarif désigné au point 28 de l'annexe III pour une nouvelle rencontre initiale ainsi qu'un forfait mensuel.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et le montant forfaitaire mensuel prévu peuvent tous deux être réclamés par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

Les opinions pharmaceutiques sont payables, sauf celles visant à recommander une modification de dosage.

Le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement n'est pas payable pour les ajustements de dose visant l'atteinte des cibles.

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

Lorsque le pharmacien évalue le besoin de prolongation d'une ou de plusieurs ordonnances d'un médecin suivant les conditions déterminées par règlement, la Régie paye le tarif désigné au point 29 de l'annexe III. Pour une personne assurée concernée, ce tarif est payable une seule fois par période de douze mois, et ce, peu importe le nombre d'ordonnances prolongées.

Ce tarif n'est cependant pas facturable lorsque, lors de son évaluation, le pharmacien en arrive à la décision de prolonger une ou plusieurs ordonnances pour une durée de traitement de trente (30) jours ou moins.

La date de l'entrevue pour l'évaluation du besoin de prolongation de la personne assurée, la démarche d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance selon les normes professionnelles en vigueur et la décision rendue doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Ces renseignements doivent également être versés au registre des ordonnances et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 36 **Administration d'un médicament aux fins d'enseignement**

Lorsque le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire pour en démontrer l'usage approprié pour une auto-administration, la Régie paye le tarif désigné au point 9 de l'annexe III.

Le pharmacien doit s'assurer, avant d'administrer le médicament, qu'il y a lieu de l'administrer. Il doit, à cette fin, obtenir le consentement du patient et lui fournir l'enseignement approprié.

Le consentement, le nom du médicament administré, la dose, la voie et le moment d'administration doivent être consignés au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Ce tarif est payable pour un maximum d'une fois par année par personne assurée par médicament.

Règle 37 Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement

Lorsque le pharmacien exécute le service de substitution thérapeutique d'un médicament, la Régie paie le tarif désigné au point 16 de l'annexe III. Pour avoir droit au paiement, le pharmacien doit :

- 1) s'assurer qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux (2) pharmacies de sa région et auprès de deux (2) grossistes reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la Loi sur l'assurance médicaments;
- 2) substituer par un autre médicament de la même sous-classe thérapeutique mais appartenant à une autre dénomination commune;
- 3) en aviser la personne assurée;
- 4) inscrire au dossier de la personne assurée les démarches faites pour s'approvisionner, la substitution effectuée et l'avis donné à cet effet à cette personne et une copie doit être fournie à la Régie sur demande;
- 5) informer le médecin traitant de la substitution effectuée.

Dans les cas où une infolettre proposant une alternative au médicament en rupture d'approvisionnement a été émise par la Régie, le pharmacien doit également s'assurer que cette alternative n'est pas disponible selon les mêmes conditions décrites au point 1.

Un seul service est payable tant que la rupture d'approvisionnement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec l'alternative déterminée par le pharmacien au moment de la substitution.

Sauf dans les cas où l'opinion vise une modification à la sous-classe thérapeutique du médicament substitué, les opinions pharmaceutiques relatives aux conséquences possibles du médicament alternatif ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 38 **Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée**

Lorsque le pharmacien exécute le service d'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée et qu'il modifie cette dose aux fins de :

- ✓ diminuer les effets indésirables d'un médicament;
- ✓ gérer les interactions médicamenteuses;
- ✓ prévenir la défaillance d'un organe;
- ✓ prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques de la personne assurée;
- ✓ prendre en compte le poids de la personne assurée;
- ✓ améliorer la tolérance de la personne assurée à la thérapie médicamenteuse;
- ✓ corriger une erreur manifeste de dosage;

la Régie paie le tarif désigné au point 17 de l'annexe III.

Le pharmacien doit aviser le médecin traitant de l'ajustement effectué ainsi que la personne assurée. Il doit également inscrire au dossier de cette personne les modifications qu'il a apportées et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

L'ajustement de la forme ou de la quantité d'un médicament prescrit de même que la répartition d'une même dose quotidienne selon une fréquence posologique différente ne donnent droit à aucun paiement. Il en est de même des opinions pharmaceutiques ou des refus relatifs à l'ajustement réalisé.

Règle 39 **Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs**

Le service de la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs est destiné aux personnes pour lesquelles un médecin a établi un pronostic réservé, traitées à domicile, dans une résidence pour aînés, chez une personne aidante ou dans une maison de soins palliatifs, pour des médicaments inscrits à la Liste des médicaments. Il inclut, pour les pharmaciens qui offrent ce service, les activités suivantes :

- ✓ Assurer la dispensation des médicaments selon les tarifs normalement prévus à l'Entente et en assurer le suivi;
- ✓ Collaborer avec l'équipe de soins en interdisciplinarité;
- ✓ Établir un plan de soins pharmaceutiques et en assurer le suivi;
- ✓ Apporter les ajustements requis à la médication, le cas échéant, afin d'assurer le soulagement et le confort de la personne assurée.

Le pharmacien pourrait avoir à se déplacer au domicile de la personne assurée, à la résidence pour aînés, chez la personne aidante ou à la maison offrant les soins palliatifs.

Le pharmacien qui prend en charge une personne assurée en soins palliatifs a droit à un forfait hebdomadaire dont le tarif est désigné au point 30 de l'annexe III. Ce tarif comprend tout déplacement qui serait requis de la part du pharmacien au domicile de la personne assurée, chez la personne aidante ou à la maison offrant les soins palliatifs, en lien avec la prestation de ce service.

Le pharmacien fait état, au dossier de la personne assurée, du pronostic réservé établi par le médecin traitant, il y consigne le plan de soins pharmaceutiques de même que toutes les activités réalisées dans le cadre de ce service. Une copie de ces renseignements doit être transmise à la Régie sur demande.

Le service de l'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée ne peut être facturé en surplus de ce service si des ajustements de doses doivent être exécutés.

Les refus et les opinions pharmaceutiques sont payables, sauf celles visant à recommander une modification de dosage.

Cette règle n'est pas encore en vigueur.

Règle 40 Prise en charge après une hospitalisation

La Régie paie au pharmacien le tarif de la prise en charge après une hospitalisation prévu au point 19 de l'Annexe III aux conditions suivantes :

- la personne assurée doit avoir été hospitalisée plus de 24 heures et;
- au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants :
 - être ajouté à la thérapie actuelle ou;
 - être cessé ou;
 - faire l'objet d'une modification à la dose ou à la posologie.

Dans tous les cas le médicament doit être prescrit ou avoir été prescrit sur une base chronique (c'est-à-dire pour une période de 90 jours ou plus).

De ces trois médicaments, aucun ne doit correspondre à l'un de ceux-ci :

- ✓ calcium
- ✓ vitamine D
- ✓ vitamine B12 per os
- ✓ acétaminophène
- ✓ acide acétylsalicylique
- ✓ anovulants
- ✓ laxatifs-purgatifs
- ✓ inhibiteurs de la pompe à protons

Les renseignements suivants doivent être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé par le pharmacien pour effectuer sa facturation et versés au dossier patient :

- ✓ durée de l'hospitalisation de la personne assurée;
- ✓ motifs de l'hospitalisation de la personne assurée, si disponible au bilan comparatif des médicaments;
- ✓ noms des médicaments ajoutés, cessés ou modifiés;
- ✓ dans le cas d'une modification, la nature de celle-ci doit être précisée;
- ✓ interventions réalisées par le pharmacien et suivis requis, le cas échéant.

Une copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Les opinions pharmaceutiques et les refus sont payables lorsqu'ils sont requis.

Cette règle n'est pas encore en vigueur.

ANNEXE III
TARIFS DU 1^{ER} AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019

Types et volumes de services	Tarifs \$
<p>1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance</p> <p>A) 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).</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>0,30 par jour. (Maximum 27,00)</p> <p>0,28 par jour. (Maximum 25,20)</p>
<p>B) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en A et D</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>9,49</p> <p>8,88</p>
<p>C) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en A et E</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>9,10</p> <p>8,50</p>
<p>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 et au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,74</p> <p>4,44</p>
<p>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 et au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,55</p> <p>4,26</p>
<p>2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>7,04</p> <p>6,06</p>
<p>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</p> <ul style="list-style-type: none"> ↔ Ordonnance falsifiée ↔ Allergie antérieure au médicament prescrit ↔ Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit ↔ Interaction cliniquement significative ↔ Intolérance antérieure au produit prescrit ↔ Choix de produit irrationnel ↔ Dose dangereusement élevée ↔ Dose sous-thérapeutique ↔ Durée de traitement irrationnelle ↔ Produit inefficace dans l'indication visée ↔ Quantité prescrite irrationnelle ↔ Surconsommation ↔ Duplication de traitement 	<p>9,10</p>

<p>4) Opinion pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> ↵ Allergie <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Calendrier de sevrage <ul style="list-style-type: none"> . Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines ↵ Contre-indication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Duplication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Modifier le traitement prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit ↵ Effet indésirable ou intolérance observés <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Inefficacité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue . Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv) . Substituer un médicament prescrit par un autre . Prolonger la durée du traitement prescrit ↵ Grossesse ou allaitement <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Innocuité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique . Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Réduire la durée du traitement prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Interaction <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↵ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour augmenter l'efficacité ↵ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables ↵ Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10 ↵ Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale 	<p>20,10</p>
---	--------------

<p>5) Opinion pharmaceutique relative à l'observance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Traitement de l'asthme <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de la tuberculose <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement des dyslipidémies <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement du diabète de type II <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de l'épilepsie <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Utilisation des psychotropes <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de l'infection au VIH <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation 	20,10
<p>6) Transmission d'un profil</p>	9,10
<p>7) Traitement de substitution aux opioïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances 	<p>14,48</p> <p>13,47</p>

8) Préparation magistrale non stérile, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services : Catégorie 1 Catégorie 2 Catégorie 3	17,00 22,00 42,00
9) Service d'administration d'un médicament aux fins d'enseignement	18,30
10) Service sur appel Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période. Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération (ou, quant à ces deux (2) jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâce, le jour de Noël et le 26 décembre. Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués.	29,24
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 (le tarif est payable par période de sept (7) jours en utilisant le pourcentage de 25%).	17,57 (4,39)
12) Considération spéciale (C.S.) Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale : a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire ; b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif. Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.	
13) Fourniture de seringues-aiguille jetables, de seringues jetables (sans aiguille) ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies.	2,81
14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI : a) pour les sept (7) premiers jours - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	9,49 8,88 9,10 8,50

15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance	Tarifs par unité avec préparation préalable	Tarifs par unité sans préparation préalable
a) Thérapies parentérales <ul style="list-style-type: none"> - Sacs à gravité <ul style="list-style-type: none"> premier sac 14,22 sacs suivants 6,63 - Sacs pour pompe <ul style="list-style-type: none"> premier sac 18,98 sacs suivants 9,49 - Cassettes 50 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 14,22 cassettes suivantes 6,63 - Cassettes 100 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 18,98 cassettes suivantes 11,38 - Perfuseur élastométrique <ul style="list-style-type: none"> premier perfuseur 18,98 perfuseurs suivants 15,15 - Seringues <ul style="list-style-type: none"> première seringue 6,63 seringues suivantes 2,85 b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,10 - plus de 48 500 ordonnances 8,50 Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées 16,11		
16) Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement	16,25	
17) Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée	20,10	
18) Mise en seringue d'insuline <ul style="list-style-type: none"> Moins de 17 seringues 10,59 si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 2,81 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : 0,65 si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 2,81 		
19) Prise en charge après une hospitalisation	Non en vigueur 25,00	
20) Fourniture de chambre d'espace <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,10 - plus de 48 500 ordonnances 8,50 Fourniture de masque La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espace 0,00		
21) Demande de dérogation	1,15 par service	
22) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures	16,25	
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,10 - plus de 48 500 ordonnances 8,50 		

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	5,69 2,85
25)	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis	16,25
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,74 19,81 40,63 en deux versements 20,31 en deux versements
27)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulino-dépendant) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,74 19,81 50,79 en trois versements 25,39 en trois versements
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	18,79 16,25
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée	12,70
30)	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs Montant forfaitaire par semaine	Non en vigueur 30,00

ANNEXE III
TARIFS DU 1^{ER} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

Types et volumes de services	Tarifs \$
<p>1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance</p> <p>A) 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).</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>0,31 par jour. (Maximum 27,90)</p> <p>0,29 par jour. (Maximum 26,10)</p>
<p>B) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en A et D</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>9,64</p> <p>9,02</p>
<p>C) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en A et E</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>9,24</p> <p>8,63</p>
<p>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 et au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,81</p> <p>4,51</p>
<p>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 et au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,62</p> <p>4,33</p>
<p>2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>7,15</p> <p>6,16</p>
<p>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ordonnance falsifiée ☞ Allergie antérieure au médicament prescrit ☞ Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit ☞ Interaction cliniquement significative ☞ Intolérance antérieure au produit prescrit ☞ Choix de produit irrationnel ☞ Dose dangereusement élevée ☞ Dose sous-thérapeutique ☞ Durée de traitement irrationnelle ☞ Produit inefficace dans l'indication visée ☞ Quantité prescrite irrationnelle ☞ Surconsommation ☞ Duplication de traitement 	<p>9,24</p>

<p>4) Opinion pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Allergie <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Calendrier de sevrage <ul style="list-style-type: none"> . Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines ↪ Contre-indication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Duplication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Modifier le traitement prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit ↪ Effet indésirable ou intolérance observés <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Inefficacité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue . Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv) . Substituer un médicament prescrit par un autre . Prolonger la durée du traitement prescrit ↪ Grossesse ou allaitement <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Innocuité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique . Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Réduire la durée du traitement prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Interaction <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ↪ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour augmenter l'efficacité ↪ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables ↪ Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10 ↪ Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale 	<p>20,42</p>
---	--------------

<p>5) Opinion pharmaceutique relative à l'observance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Traitement de l'asthme <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de la tuberculose <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement des dyslipidémies <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement du diabète de type II <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de l'épilepsie <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Utilisation des psychotropes <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↪ Traitement de l'infection au VIH <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation 	20,42
<p>6) Transmission d'un profil</p>	9,24
<p>7) Traitement de substitution aux opioïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances 	<p>14,71</p> <p>13,68</p>

8) Préparation magistrale non stérile, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services : Catégorie 1 Catégorie 2 Catégorie 3	17,27 22,35 42,66
9) Service d'administration d'un médicament aux fins d'enseignement	18,59
10) Service sur appel Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période. Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération (ou, quant à ces deux (2) jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâce, le jour de Noël et le 26 décembre. Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués.	29,70
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 (le tarif est payable par période de sept (7) jours en utilisant le pourcentage de 25%).	17,57 (4,39)
12) Considération spéciale (C.S.) Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale : a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire ; c) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif. Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.	
13) Fourniture de seringues-aiguille jetables, de seringues jetables (sans aiguille) ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies.	2,85
14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI : a) pour les sept (7) premiers jours - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	9,64 9,02 9,24 8,63

15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance	Tarifs par unité avec préparation préalable	Tarifs par unité sans préparation préalable
a) Thérapies parentérales <ul style="list-style-type: none"> - Sacs à gravité <ul style="list-style-type: none"> premier sac 14,44 sacs suivants 6,73 - Sacs pour pompe <ul style="list-style-type: none"> premier sac 19,28 sacs suivants 9,64 - Cassettes 50 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 14,44 cassettes suivantes 6,73 - Cassettes 100 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 19,28 cassettes suivantes 11,56 - Perfuseur élastométrique <ul style="list-style-type: none"> premier perfuseur 19,28 perfuseurs suivants 15,39 - Seringues <ul style="list-style-type: none"> première seringue 6,73 seringues suivantes 2,89 b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,24 - plus de 48 500 ordonnances 8,63 Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées 16,36		
16) Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement	16,51	
17) Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée	20,42	
18) Mise en seringue d'insuline <ul style="list-style-type: none"> Moins de 17 seringues 10,76 si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 2,85 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : 0,66 si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 2,85 		
19) Prise en charge après une hospitalisation	Non en vigueur 25,39	
20) Fourniture de chambre d'espacement <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,24 - plus de 48 500 ordonnances 8,63 Fourniture de masque La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement 0,00		
21) Demande de dérogation	1,17 par service	
22) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures	16,51	
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 9,24 - plus de 48 500 ordonnances 8,63 		

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	5,78 2,89
25)	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis	16,51
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,99 20,12 41,27 en deux versements 20,63 en deux versements
27)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulino-dépendant) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,99 20,12 51,59 en trois versements 25,79 en trois versements
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	19,09 16,51
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée	12,90
30)	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs Montant forfaitaire par semaine	Non en vigueur 30,47

ANNEXE IV

FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT

..... 20

Le Directeur général,
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Monsieur,

Je, soussigné,
pharmacien remplissant les conditions de la Loi sur la pharmacie et visé à l'entente
intervenue entre le Ministre et l'AQPP,
exerçant.

à titre de :

- pharmacien soumis à l'application d'une entente (.....)
 - pharmacien non-participant (.....)
- (pointez (√) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à
titre de :

- pharmacien soumis à l'application d'une entente (.....)
- pharmacien non-participant (.....)(pointez (√) la mention utile)

le tout suivant la Loi sur l'assurance maladie.

Veillez prendre note que je suis inscrit à la Régie sous le numéro
et que je détiens le permis d'opération numéro
(indiquez les numéros qui apparaissent sur vos fiches d'inscription à la Régie)

(signature)

ANNEXE V

FORMULE DE DIFFÉREND

À : 20

PARTIE EN CAUSE

Nom du pharmacien :

Numéro du professionnel :

Adresse du pharmacien :

Numéro de téléphone :

Nom de l'Association :

Si le différend a pour objet une demande de paiement :

Numéro de la demande de paiement :

Numéro de code du médicament :

Dates des services :

Date de réception de la demande de paiement à la Régie :

(Cette mention, composée de 4 chiffres, apparaît à la 2e colonne de l'état de compte sous l'intitulé «date»)

Date du dernier état de compte
où apparaît la demande de paiement objet du différend :

Numéro de la demande de paiement en référence s'il y a lieu :

Nom du bénéficiaire :

et numéro d'assurance maladie

ou C.P. 12 :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Date :

Le pharmacien ou l'Association

ANNEXE VI

PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

Classe thérapeutique	Dénomination commune
Hypolipémiants; (séquestrants de l'acide biliaire, fibrates et autres)	Bézafibrate Cholestyramine (résine de) Colestipol (chlorhydrate de) Fénofibrate Fénofibrate (microenrobé) Fénofibrate (micronisé) Gemfibrozil Niacine à longue action
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I.E.C.A.)	Toutes
Antagonistes des récepteurs (AT1) de l'angiotensine II	Toutes
Inhibiteurs de la rénine	Toutes
Bloquants des canaux calciques	Toutes
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Toutes
Vasodilatateurs	Minoxidil comprimés Trinitrate de glycéryle (timbres cutanés)
Bloquants alpha-adrénergiques	Toutes
Antidépresseurs	Toutes
Autres	Alendronate Amiodarone (chlorhydrate d') Auranofine Carvédilol Clodronate disodique Dutasteride Isotrétinoïne Léflunomide Lévodopa / bensérazide (chlorhydrate de) Lévodopa / carbidopa Misoprostol pénicillamine Pergolide (mésylate de) Propafénone (chlorhydrate de) Risédronate sodique Sélégiline (chlorhydrate de) Tamsulosine (chlorhydrate de) Ticlopidine (chlorhydrate de) Trétinoïne capsules
Médicaments S.N.A. divers	Nicotine

ANNEXE VII

**LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION
SUR L'INOBSERVANCE**

A

Situation	Médicaments
Asthme	12 :12 :08 Agonistes bêta adrénergiques inhalés 68 :04 Corticostéroïdes inhalés Associations d'agoniste bêta adrénergique et de corticostéroïde inhalés) *4.00 Antihistaminiques (kétotifène) 48 :10 :24 Antagonistes des récepteurs des leucotriènes
Tuberculose	Tous les médicaments couverts et dispensés dans le cadre du « Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose »
Dyslipidémie	24.06 Hypolipémiant
Hypertension artérielle et maladies cardiaques	24.04 Cardiotropes 24.08 Antihypertenseurs 24.12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole) 24 :20 Bloquants alpha-adrénergiques 24 :24 Bloquants bêta-adrénergiques 24 :28 Bloquants du canal calcique 24 :32 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone 40.28 Diurétiques
Diabète de type II	68 :20 :02 Inhibiteurs des alpha –glucosidases 68 :20 :04 Biguanides 68 :20 :05 Inhibiteurs de la DDP-4 68 :20 :16 Méglitinides 68:20.20 Sulfonylurées 68 :20 :28 Thiazolidinediones
Épilepsie	28:12 Anticonvulsivants (Sauf Clonazépam)
Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.04 Antidépresseurs 28:16.08 Antipsychotiques *28:24:92 Divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (prométhazine) *28:28 Autres psychotropes (lithium)

B

Situations	Médicaments
Infection au VIH	08:18.08 Antirétroviraux

NOTE : Toutes les formes injectables sont exclues.

* Indique les seuls médicaments retenus dans une classe ou sous-classe.

Les médicaments d'exception appartenant aux classes AHFS visées peuvent faire l'objet d'une opinion sur l'inobservance même s'ils sont regroupés dans une section particulière de la *Liste de médicaments* publiée par la RAMQ.

Entente 2018-2020

LETTRES D'ENTENTE

Lettre d'entente no 1

Les parties s'entendent pour créer un comité de suivi composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre ; chaque partie assume les frais de ses représentants.

Ce comité aura pour mandat de suivre l'évolution des coûts des services couverts par l'Entente et les ententes particulières notamment en ce qui concerne :

- ✓ le service chronique de moins de sept (7) jours, de sept (7) jours et de huit (8) à vingt-sept (27) jours ;
- ✓ le service du pilulier ;
- ✓ le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles ;
- ✓ l'opinion pharmaceutique;
- ✓ le refus d'exécuter une ordonnance;
- ✓ la transmission d'un profil;
- ✓ le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation;
- ✓ le service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures;
- ✓ le service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis;
- ✓ le service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (règles 32, 33 et 34);
- ✓ le service d'ajustement d'une dose de médicament à des fins de sécurité;
- ✓ le service de substitution d'un médicament en cas de rupture d'approvisionnement;
- ✓ le service de prise en charge après une hospitalisation;
- ✓ le service de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs, incluant le suivi des déplacements requis par le pharmacien dans le cadre de la prestation de ce service;
- ✓ les ententes particulières concernant la naloxone, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) et la contraception orale d'urgence.

Ce comité aura également pour mandat lorsque l'évolution des coûts d'un service croît à un rythme plus rapide que celui anticipé selon la tendance historique observée, d'analyser et de comprendre les motifs qui expliquent cette situation et de recommander aux parties les mesures appropriées dans les plus brefs délais, le cas échéant.

Pour le service du pilulier, le suivi est fait à partir des données actuellement colligées et analysées dans le rapport du comité conjoint. De nouveaux éléments seront intégrés au tableau de bord actuel de suivi au moment de la mise en place du nouveau mode de rémunération.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 2

Dans les trente (30) jours de l'entrée en vigueur d'un règlement adopté en vertu de la Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives (L.R.Q., c. 40, 2005) ou d'un règlement adopté en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.R.Q., c. 32, 2005), les parties conviennent d'en évaluer l'impact et, le cas échéant, de négocier toute modification ou tout ajout pertinent à la présente entente.

De même, dans les trente (30) jours de l'entrée en vigueur d'une modification au Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien (chapitre P-10, a. 10, 1^{er} al., par. i) adopté en vertu de la Loi sur la pharmacie ou d'une modification au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, a. 19, 1^{er} al., par. B) adopté en vertu de la Loi médicale, ou d'une modification aux principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons de l'Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les parties conviennent d'en évaluer l'impact et, le cas échéant, de négocier toute modification ou ajout pertinent à la présente entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 3

Considérant la volonté des parties de mettre en place un nouveau mode de rémunération des services dispensés par les pharmaciens propriétaires dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

Les parties s'engagent à poursuivre les travaux amorcés sur la révision du mode de rémunération en ayant pour objectif de les compléter au 31 décembre 2018. Les parties conviennent que la date visée pour la mise en place fonctionnelle du nouveau mode de rémunération est le 1^{er} avril 2020.

Les travaux à réaliser sont en continuité des rapports conjoints suivants déposés le 17 janvier 2018 :

- ✓ Lettre d'entente no 6 concernant la mise en place d'un comité spécifique de concertation des intervenants liés à l'ensemble des règlements, normes ou protocoles relatifs au service du pilulier et de suivi de ce dernier.
- ✓ Lettre d'entente no 7 concernant la mise en place d'un comité paritaire chargé de revoir le mode de rémunération.

Les parties ont poursuivi les travaux et en sont arrivés à définir les différentes composantes du mode de rémunération, à savoir la composante technique, la composante clinique et les activités cliniques. Les travaux permettant d'établir les niveaux de surveillance sont complétés.

Les travaux à poursuivre et à compléter se résument comme suit :

- ✓ Finaliser l'élaboration du nouveau mode de rémunération et ce que comprend chacune de ses composantes, notamment les activités cliniques.
- ✓ Établir les proportions que devraient représenter chacune des composantes du nouveau mode de rémunération pendant une période transitoire à définir et à terme.
- ✓ Planifier le déploiement du nouveau mode du point de vue opérationnel et financier selon un calendrier à préciser.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 4

Dans les trente (30) jours de l'abrogation, par décret, du programme de rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments chez certaines prestataires de la sécurité du revenu, et dans la mesure où le Gouvernement du Québec désire mettre en place un nouveau programme dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments d'une personne admissible au programme «Alerte» de l'Ordre des pharmaciens du Québec, les parties conviennent de négocier, par entente particulière, la rémunération du pharmacien.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Entente 2018-2020

Lettre d'entente no 5

Les parties s'engagent, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la signature de l'Entente, dans le cadre de travaux en comité paritaire, à discuter des problèmes rencontrés par les pharmaciens lors de baisses de prix des médicaments survenant du fait des actions du Ministre ou du Gouvernement. Les problèmes liés à la diminution de la valeur de l'inventaire et les mécanismes possibles d'atténuation de ce phénomène seront discutés.

Le comité décide de ses modalités de fonctionnement et transmet ses recommandations, le cas échéant, au Ministre. Les travaux du comité paritaire prennent fin le 30 mars 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 6

Les parties conviennent d'instaurer un mécanisme de garantie basé sur un montant annuel d'allocations professionnelles reçu par les pharmaciens de 162,09 M\$, au sens du Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (RLRQ, c. A-29, r.1).

Le mécanisme de garantie s'applique du 1^{er} avril 2018 au 30 mars 2020 inclusivement. La garantie trouve application uniquement si les écarts observés entre les allocations reçues et le montant garanti de 162,09 M\$ annuellement sont le fait d'actions du Ministre ou du Gouvernement ayant des conséquences sur les allocations professionnelles versées par les fabricants de médicaments génériques.

Si les allocations professionnelles n'atteignent pas le montant de 162,09 M\$ pour la période garantie, la RAMQ versera aux pharmaciens propriétaires membres de l'AQPP, selon les directives du Ministre, l'écart entre ce dernier montant et le montant des allocations professionnelles effectivement versées jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 12,5 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 et de 20,0 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2019 au 30 mars 2020, selon des modalités à déterminer par les parties.

Selon la disponibilité des données déclarées à la RAMQ en regard des ventes de médicaments génériques et des allocations professionnelles versées, soit en juin d'une année pour l'année civile précédente, l'analyse des montants d'allocations professionnelles reçues durant la période garantie se fera comme suit :

- a) En juin 2019, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 décembre 2018 seront analysés. Si ces montants n'atteignent pas 75 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 12,5 M\$.
- b) Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 12,5 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 mars 2019 seront analysés en juin 2020. Si ces montants n'atteignent pas 25 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 12,5 M\$ diminué du montant déjà attribué au point a) le cas échéant.
- c) En juin 2020, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 décembre 2019 seront analysés. Si ces montants n'atteignent pas 75 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 20,0 M\$.
- d) Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 20,0 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 mars 2020 seront analysés en juin 2021. Si ces montants n'atteignent pas 25 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 20,0 M\$ diminué du montant déjà attribué au point c) le cas échéant.

Les parties conviennent de mettre en place un comité paritaire de suivi. Ce comité a pour mandat d'assurer le suivi de l'application conforme du mécanisme de garantie. Le comité de suivi poursuit ses travaux jusqu'à ce que les données nécessaires aient été obtenues afin de vérifier l'application du mécanisme de garantie jusqu'au 30 mars 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Jean Thiffault
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires