

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 1^{er} avril 2022.
2. Les annexes I, IV et V sont reconduites. Les annexes II et III sont remplacées. L'annexe VI est abrogée. L'annexe VII est abrogée à compter du 1^{er} avril 2024.
3. Les lettres d'entente suivantes sont reconduites :
 - ✓ no 1, no 2, no 4 et no 5 du 15 mars 2021.
4. Les lettres d'entente suivantes du 15 mars 2021 sont remplacées :
 - ✓ no 3 est remplacée par la nouvelle lettre d'entente no 3;
 - ✓ no 8 est remplacée par la nouvelle lettre d'entente no 6 modifiée;
 - ✓ no 12 est remplacée par la nouvelle lettre d'entente no 5.
5. Les lettres d'entente no 5, no 6, no 7, no 9, no 10 et no 11 sont venues à échéance et ont donc pris fin.
6. Une nouvelle lettre d'entente no 7 est introduite.
7. 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 2022 :	6,38 \$
1 ^{er} avril 2023 :	6,52 \$
1 ^{er} avril 2024 :	6,65 \$
8. 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 2022 :	20,31 \$
1 ^{er} avril 2023 :	21,33 \$
1 ^{er} avril 2024 :	22,40 \$
9. 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 2022 :	20,63 \$
1 ^{er} avril 2023 :	21,66 \$
1 ^{er} avril 2024 :	22,74 \$
10. Le tarif suivant s'applique pour la distribution des autotests de dépistage de la COVID-19 dans le cadre spécifique du programme de distribution de ces tests à partir du :

1 ^{er} avril 2022 :	10,03 \$
1 ^{er} septembre 2022 :	8,53 \$
1 ^{er} avril 2023 :	8,72 \$ (si encore en vigueur)
1 ^{er} avril 2024 :	8,89 \$ (si encore en vigueur)

11. Le tarif suivant s'applique pour l'administration par une infirmière d'un traitement médicamenteux injectable dans le cadre spécifique du programme d'accès en pharmacies communautaires à certains traitements médicamenteux contre la COVID-19 à partir du :

1 ^{er} avril 2022 :	13,94 \$
15 mai 2022 :	12,91 \$
1 ^{er} avril 2023 :	13,56 \$
1 ^{er} avril 2024 :	14,24 \$

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 2025, il sera pris en compte une précision à quatre (4) décimales en l'occurrence : 0,3460 \$ et 0,3231 \$ respectivement pour le tarif avant et après plafond.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2022

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

ENTENTE
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE

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

2022-2025

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 cent trente-cinq (135) 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

À défaut d'entente, M^e Diane Fortier agit comme président(e).

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 débiter 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 du Travail, 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 1^{er} avril 2022 et se termine le 31 mars 2025.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

ANNEXES

ANNEXE I
LISTE DES MÉDECINS

Aucun

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.

Lors du service d'exécution ou du renouvellement d'une ordonnance, un seul tarif d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance est payable.

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

Abrogée.

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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2023 inclusivement et est abrogée ensuite.

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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2023 inclusivement et est abrogée ensuite.

Règle 8

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

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2023 inclusivement et est abrogée ensuite.

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. : prescription 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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2023 inclusivement et est abrogée ensuite.

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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2024 inclusivement et est abrogée ensuite et remplacée par la nouvelle règle 10 qui suit.

Règle 10 Opinion pharmaceutique sur l'amorce d'un traitement médicamenteux

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien dressé sous son autorité, portant 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 pharmaceutique, 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 amorcer un traitement avec un médicament assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicament en ajout à la thérapie ou en remplacement d'un autre médicament, pour en augmenter l'efficacité ou encore pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables ou pour faciliter l'adhésion au traitement ;

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

Le tarif pour ce service est prévu au point 4 de l'annexe III.

Cette règle entre en vigueur le 1^{er} avril 2024.

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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2024 inclusivement et est abrogée ensuite.

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.

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2024 inclusivement et est abrogée ensuite.

Règle 14

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

Cette règle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2024 inclusivement et est abrogée ensuite.

Règle 15 **Pharmacothérapie initiale** Abrogée

Règle 16 Préparations 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 3. *Médicament magistral* de la Liste des médicaments.

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.

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.

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 du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes le cas échéant.

1. Préparation magistrale, autre qu'une mise en capsule, faite à partir d'un produit de la Liste des médicaments ou dans le cadre de la mesure du patient d'exception.

- a) Le coût de la préparation magistrale 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 et incorporés dans le médicament magistral. Dans la mesure du patient d'exception, d'autres produits peuvent être facturés selon les codes de facturation autorisés. Une liste des codes de facturation à jour est disponible sur le site internet de la Régie.
- b) Le prix coûtant du pharmacien préparateur, 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 est celui qui doit être facturé au pharmacien dispensateur.
- c) Le pharmacien préparateur doit respecter les tarifs prévus au point 8 A) de l'annexe III. Au tarif de préparation s'ajoute un tarif de dispensation prévue à l'annexe III aux points 1B ou 1C.

2. Préparation de mise en capsule : fait à partir d'un produit de la Liste des médicaments ou dans le cadre de la mesure du patient d'exception.

- a) Le coût de la préparation de mise en capsule 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 et incorporés dans la mise en capsule. Dans la mesure du patient d'exception, d'autres produits

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.

peuvent être facturés selon les codes de facturation autorisés par la Régie. Une liste des codes de facturation à jour est disponible sur le site internet de la Régie.

- b) Le prix réel d'acquisition du pharmacien préparateur, tel que défini à la Liste des médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque véhicule, solvant ou adjuvant ou produit utilisé pour la mise en capsule. Ce prix est celui qui doit être facturé au pharmacien dispensateur.
- c) Le pharmacien préparateur doit respecter les honoraires de préparations prévus au point 8 B) de l'annexe III selon la catégorie de la préparation magistrale ainsi que le type de préparation de mise en capsule.
Types préparation de mise en capsule :
 - a. Préparation magistrale de catégorie 2
 - i. Sans gélulier
 - ii. Avec gélulier
 - b. Préparation magistrale de catégorie 3
 - i. Sans gélulier
 - ii. Avec gélulier
- d) Le pharmacien préparateur calcule le coût unitaire. Ce coût unitaire est facturé au pharmacien dispensateur. Le pharmacien dispensateur facture la quantité servie à la personne assurée en fonction du coût unitaire auquel s'ajoute l'honoraire de dispensation. Le tarif de dispensation associé peut correspondre aux tarifs 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G ou 11 de l'annexe III selon la situation prévue à la présente entente.

3. Préparation magistrale dans le cadre d'une rupture d'approvisionnement déclarée par la Régie.

Lorsqu'une infolettre proposant une préparation magistrale comme alternative à un médicament en rupture d'approvisionnement est émise par la Régie, le pharmacien dispensateur doit utiliser le code facturation (Din fictif) émis par cette dernière. La Régie paie au pharmacien dispensateur le prix soumis par le pharmacien préparateur pour la préparation magistrale en cas de rupture d'approvisionnement auquel s'ajoute le tarif de dispensation associé peut correspondre aux tarifs 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G ou 11 de l'annexe III selon la situation prévue à l'Entente.

Pour déterminer le prix à soumettre, le pharmacien préparateur doit respecter les conditions suivantes :

- Facturer au pharmacien dispensateur le prix réel d'acquisition des produits tel que défini à la Liste des médicaments ;
- Respecter les honoraires de préparation de la présente règle.

Les pharmaciens dispensateurs et préparateurs doivent conserver les documents justifiant les prix facturés et les honoraires réclamés.

4. Catégories de préparation

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

CATÉGORIES	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, plaques de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier, etc.
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.

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 1F ou 1G 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.

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) ainsi que le coût des seringues jetables (sans aiguille) sont payables 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 de manière hebdomadaire ou aux deux semaines. À chaque service du pilulier pour une période de sept (7) ou quatorze (14) jours, pour chaque période de 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 vingt-et-un (21) ou 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 périodes de vingt-et-un (21) ou 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 périodes de vingt-et-un (21) ou vingt-huit (28) jours, seul le tarif prévu au point 1A) de l'annexe III est payable.

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-paragraphes 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, qu'il y ait ou non supervision de la prise de médicament par un pharmacien, un technicien ou un livreur. Ils 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 du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, sous réserve de toute médication assujettie à l'application et la tarification de la règle 29;
- ✓ 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 le 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 et s'y procure un service de distribution ou d'administration des médicaments.

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 1 C 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 du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)**

Lorsqu'un pharmacien exécute et renouvelle une ordonnance pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et qu'il supervise la prise du médicament à la demande d'un prescripteur autorisé, la rémunération est celle prévue au point 7 de l'annexe III. La rémunération est la même pour tous les médicaments reconnus pour cette indication, 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 du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes 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 Prescription d'un médicament

Lorsque le pharmacien évalue le besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux pour l'une ou l'autre des conditions suivantes:

- ✓ l'acné mineure lorsque le patient ne présente ni nodule ni pustule;
- ✓ les aphtes buccaux;
- ✓ la candidose cutanée;
- ✓ la candidose orale;
- ✓ la conjonctivite allergique;
- ✓ la dermatite atopique nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance modérée;
- ✓ la dysménorrhée primaire;
- ✓ l'érythème fessier;
- ✓ les hémorroïdes;
- ✓ l'herpès labial;
- ✓ l'infection urinaire chez la femme;
- ✓ la rhinite allergique;
- ✓ la vaginite à levure;

et que la personne assurée a déjà fait l'objet d'un traitement par un autre professionnel habilité à prescrire et qu'elle s'est vue prescrire antérieurement un médicament en lien avec le cas ou la condition dans les délais prévus par règlement, la Régie paie le tarif désigné au point 22 A) de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

Lorsque le pharmacien évalue le besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux pour l'une des conditions suivantes :

- ✓ un traitement antiviral à une personne assurée présentant des signes et symptômes s'apparentant à l'herpès zoster, sauf si les signes et symptômes sont présents au niveau de la tête;
- ✓ un traitement contre l'influenza à un patient symptomatique et à risque de développer des complications;
- ✓ un traitement contre la maladie à coronavirus à un patient symptomatique et à risque de développer des complications;

la Régie paie le tarif désigné au point 22 B) de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament. Le pharmacien doit inscrire les motifs justifiant l'amorce d'une thérapie médicamenteuse sur un formulaire remis à la personne assurée et la diriger vers un médecin ou un infirmière praticienne spécialisée dans les 48 à 72 heures conformément aux dispositions réglementaires à ce sujet.

La date de l'entrevue ainsi que la démarche pour l'évaluation du besoin de prescription de la personne assurée selon les normes professionnelles en vigueur doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Une copie de ces renseignements doit être fournie à la Régie sur demande.

De plus, pour les conditions exigeant la remise d'un formulaire à la personne assurée, une copie du formulaire complété doit être remis à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux en vertu de la présente règle ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 31 Amorce d'une thérapie médicamenteuse

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

- ✓ la cessation tabagique:
 - à raison d'une seule amorce par type de traitement par année par personne assurée;
- ✓ la contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six (6) mois;
- ✓ la contraception orale d'urgence;
- ✓ le traitement de la diarrhée du voyageur;
- ✓ la prévention des nausées et vomissements excluant le mal des transports;
- ✓ la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme;
- ✓ la prophylaxie chez les personnes à risque de développer des complications liées à l'influenza;
- ✓ la prophylaxie chez les patients à risque de développer des complications liées à la maladie à coronavirus;
- ✓ la prophylaxie du paludisme;
- ✓ la supplémentation vitaminique en périnatalité;
- ✓ la pédiculose;
- ✓ la prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve;
- ✓ la prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque. Le risque est évalué selon les dispositions de l'avis de l'Institut national 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 prophylaxie post exposition accidentelle au VIH dans la mesure où le pharmacien dirige la personne assurée vers un professionnel responsable de son suivi clinique dans les 72 heures suivant l'amorce de la thérapie médicamenteuse;
- ✓ le traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée;
- ✓ le traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien selon les dispositions réglementaires;
- ✓ le traitement de la gonorrhée et de la chlamydia d'une personne visée par un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le traitement accéléré des partenaires;
- ✓ le traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports;

la Régie paie le tarif désigné au point 25A) de l'annexe III sauf pour la contraception orale d'urgence où le tarif désigné au point 25B) s'applique. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

Lorsque le pharmacien évalue le besoin pour l'amorce d'un traitement médicamenteux, la date de l'entrevue ainsi que la démarche pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse auprès de la personne assurée selon les normes professionnelles en vigueur doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Une copie de ces renseignements doit être fournie à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse en vertu de la présente règle 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 traité ou non avec de l'insuline
- ✓ traitement prophylactique de la migraine
- ✓ douleur chronique
- ✓ asthme
- ✓ maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Les cibles thérapeutiques visées ne doivent pas être atteintes au moment du début de la prise en charge.

Le service de la prise en charge inclut les activités suivantes, lesquelles sont nécessaires pour le paiement du service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques scientifiquement reconnues ou obtenues du professionnel responsable du suivi clinique du patient :

1. L'acceptation de la prise en charge par la personne assurée;
2. La rencontre initiale pour recueillir l'information requise en vue de l'élaboration du plan de prise en charge en pharmacie;
3. L'analyse et l'interprétation des données recueillies par le pharmacien aux fins de la prise en charge;
4. L'élaboration d'un plan de prise en charge en pharmacie;
5. La communication du plan de prise en charge en pharmacie à la personne assurée et à ses professionnels de la santé le cas échéant selon les dispositions réglementaires;
6. La réalisation des interventions et des suivis prévus au plan de prise en charge en vue d'assurer l'efficacité du traitement, sa tolérance de même que l'adhésion de la personne assurée à ce traitement;
7. La documentation des interventions et des suivis réalisés au dossier de la personne assurée;
8. La mise à jour ou l'apport d'ajustements au plan de prise en charge en pharmacie selon l'évolution de la situation clinique;
9. Les suivis requis afin de s'assurer du maintien de l'atteinte des cibles thérapeutiques;
10. La documentation de la fin de la prise en charge par le pharmacien, le cas échéant.

La prise en charge prend fin lorsque les cibles thérapeutiques visées sont atteintes, que la condition de la personne assurée est stabilisée et que le pharmacien s'est assuré du maintien de l'atteinte de ces cibles thérapeutiques selon son jugement professionnel.

Le tarif comprend toute activité réalisée en lien avec le plan de prise en charge en pharmacie. Les activités cliniques prévues à l'entente, à l'exception de la règle 38 (Modification de la thérapie médicamenteuse) et de l'opinion pharmaceutique, réalisées dans le cadre de la prise en charge sont comprises dans les tarifs prévus à la règle.

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 tel que décrit dans cette règle, 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 que pour les entrevues de suivi.

Le service correspondant à la rencontre initiale est facturé au moment où cette rencontre a lieu. La date de la rencontre initiale, le plan de prise en charge, les interventions et les suivis effectués doivent être consignés au dossier de la personne assurée.

Le service correspondant aux entrevues de suivi est facturé au moment où ces entrevues ont lieu. Le tarif correspondant aux entrevues de suivi est payable un maximum de deux fois par période de douze mois, et ce, peu importe le nombre d'entrevues.

La documentation réalisée dans le cadre de la règle 32 doit être transmise à la Régie sur demande.

Le service de la prise en charge pourra être cessé en tout temps par le professionnel responsable du suivi clinique 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.

Un pharmacien peut reprendre la prise en charge d'un champ thérapeutique préalablement cessé pour une personne assurée. Cependant les motifs de l'arrêt et de la nouvelle prise en charge doivent être justifiés au dossier et copie doit être transmise à la Régie sur demande. Dans ces circonstances, la Régie paie le tarif désigné au point 26 de l'annexe III pour une nouvelle rencontre initiale ainsi que pour les entrevues de suivi.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et les entrevues de suivi prévues peuvent toutes deux être facturées par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

Règle 33 Service de la prise en charge en soutien à la déprescription

Clientèle visée

- ✓ personne pour laquelle une ou plusieurs déprescriptions de médicament(s) doi(ven)t être effectuée(s);
- ✓ **et** la déprescription du médicament vise un objectif de santé, par exemple :
 - réduction des chutes;
 - sevrage d'un médicament pour lequel la personne a développé une dépendance ou une surconsommation ;
 - l'utilisation du médicament déprescrit comporte plus d'inconvénients que d'avantages pour la personne;
- ✓ **et** la personne a besoin de soutien pour réussir la déprescription du médicament, afin d'amenuiser ou de contrôler les inconvénients ou effets indésirables qui en découlent.

La démarche

La demande est initiée par un professionnel de la santé habilité à prescrire, à l'initiative du pharmacien avec l'accord de la personne assurée ou à la demande de la personne assurée.

Le service de la prise en charge en soutien à la déprescription inclut les activités suivantes :

1. L'acceptation de la prise en charge par la personne assurée;
2. La rencontre initiale pour recueillir l'information requise en vue de l'élaboration du plan de prise en charge en pharmacie;
3. L'analyse et l'interprétation des données recueillies par le pharmacien aux fins de la prise en charge ;
4. L'élaboration d'un plan de prise en charge en pharmacie;
5. La prise en charge pourrait comprendre les interventions suivantes :
 - ✓ élaboration d'un calendrier de sevrage et suivi de la personne;
 - ✓ ajout de mesures pharmacologiques ou non pharmacologiques pour réduire temporairement les effets indésirables de la déprescription;
 - ✓ soutien et suivi serré pour les personnes qui cessent le traitement ou sont en ajustement de doses jusqu'à ce que la déprescription soit complétée;
 - ✓ interruption de la déprescription si nécessaire ou recommander une alternative plus adéquate.
6. La communication du plan de prise en charge en pharmacie à la personne assurée et à ses professionnels de la santé le cas échéant selon la réglementation en vigueur ;
7. La réalisation des interventions et des suivis prévus au plan de prise en charge;
8. La documentation des interventions et des suivis réalisés au dossier de la personne assurée;
9. La mise à jour ou l'apport d'ajustements au plan de prise en charge en pharmacie selon l'évolution de la situation clinique;
10. La documentation de la fin de la prise en charge par le pharmacien, le cas échéant.

Le pharmacien effectue la prise en charge d'une personne assurée a droit aux tarifs désignés au point 27 de l'annexe III.

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 prise en charge établi de même que les mises à jour ou ajustements qui y sont apportés le cas échéant doivent être consignés au dossier de la personne assurée.

Le service correspondant aux entrevues de suivi est facturé au moment où ces entrevues ont lieu. Le tarif correspondant aux entrevues de suivi est payable un maximum de deux fois par période de six mois, et ce, peu importe le nombre d'entrevues.

Le tarif du forfait comprend toute intervention réalisée en lien avec le plan de prise en charge en pharmacie. Les activités cliniques prévues à l'entente, excluant la règle 38 (Modification d'une thérapie médicamenteuse) et l'opinion pharmaceutique, réalisées dans le cadre de la prise en charge, sont comprises dans le forfait.

Le service de prise en charge en soutien à la déprescription n'est pas facturable lorsque le professionnel de la santé habilité à prescrire, excluant le pharmacien communautaire, a établi le calendrier de sevrage du médicament.

Le service de la prise en charge pourra être cessé en tout temps par le professionnel responsable du suivi clinique ou la personne assurée elle-même. Si l'arrêt de la prise en charge survient avant qu'une première entrevue de suivi semestriel ne soit réalisée, le forfait ne pourra pas être facturé par le pharmacien. De même, si cet arrêt survient avant que la deuxième entrevue de suivi ne soit réalisée, le deuxième versement du forfait ne pourra pas être facturé par le pharmacien.

Le service de la prise en charge prend fin lorsque les objectifs du plan thérapeutique de déprescription sont atteints ou advenant l'échec ou l'interruption de la démarche de prise en charge.

La documentation réalisée dans le cadre de la règle 33 doit être transmise à la Régie sur demande.

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

Les activités suivantes sont nécessaires pour le paiement du service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques scientifiquement reconnues ou obtenues du professionnel responsable du suivi clinique du patient :

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée;
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. une communication au professionnel responsable du suivi clinique pourrait être requise selon les modalités prévues au règlement ;
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 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 professionnel responsable du suivi clinique 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. Cependant, les motifs de l'arrêt et la nouvelle prise en charge doivent être justifiés au dossier et copie doit être transmise à la Régie sur demande. 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 professionnel habilité à prescrire des médicaments 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 deux fois par période de douze mois, et ce, peu importe le nombre d'ordonnances prolongées.

À compter du 1^{er} avril 2023, pour une personne assurée concernée, ce tarif est payable trois fois par période de douze mois 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

Lorsque le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament dans les conditions suivantes :

- ✓ aux fins d'en démontrer l'usage approprié pour les médicaments de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire;
- ✓ lors d'une situation d'urgence, soit une situation pour laquelle une intervention doit être faite immédiatement lorsqu'une personne assurée est en danger, en attendant les premiers répondants, si les circonstances l'exigent;

la Régie paye le tarif désigné au point 9 de l'annexe III . De plus, lorsqu'il s'agit de l'administration d'un médicament en situation d'urgence, le médicament administré doit être inscrit sur la Liste des médicaments et le tarif comprend alors également le service d'exécution de l'ordonnance, le cas échéant.

Le pharmacien doit s'assurer, avant d'administrer le médicament, d'obtenir le consentement de la personne assurée, le cas échéant.

Les médicaments pouvant être administrés en situation d'urgence sont définis dans la réglementation en vigueur.

La condition donnant lieu à l'administration d'un médicament, le consentement de la personne assurée le cas échéant, la date d'administration, le nom du médicament administré, la dose, et la voie d'administration doivent être consignés au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Lorsqu'il s'agit d'un médicament administré aux fins d'en démontrer l'usage approprié, ce tarif est payable pour un maximum de deux (2) démonstrations par année par personne assurée, par médicament et par forme peu importe la teneur. Le pharmacien inscrit au dossier du patient la justification de la seconde démonstration à une personne assurée pour le même médicament de même forme.

Règle 37 Substitution thérapeutique d'un médicament

Le pharmacien peut procéder à la substitution thérapeutique d'un médicament dans les conditions suivantes et selon la réglementation en vigueur :

- ✓ en cas de rupture d'approvisionnement;
- ✓ lorsque le médicament est officiellement retiré du marché canadien;
- ✓ lorsqu'un médicament présente un risque pour la sécurité du patient, que la situation clinique du patient justifie l'amorce rapide d'une thérapie médicamenteuse, et que le prescripteur ne peut être joint en temps utile;
- ✓ lorsque le médicament présente un problème relatif à son administration;

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. La substitution par un médicament de la même dénomination commune mais d'une autre forme pharmaceutique pour un problème relatif à son administration ne donne droit à aucun paiement en vertu de la présente règle.

Pour avoir droit au paiement d'une substitution thérapeutique, le pharmacien doit :

- 1) dans le cas d'une substitution thérapeutique en raison d'une rupture d'approvisionnement, s'assurer qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux (2) grossistes en médicaments 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) aviser la personne assurée;
- 3) inscrire au dossier de la personne assurée les démarches réalisées, la substitution effectuée et l'avis donné à cet effet à cette personne. Copie doit être fournie à la Régie sur demande;
- 4) informer le prescripteur initial de la substitution effectuée.

Dans le cas d'une substitution thérapeutique en raison d'une rupture d'approvisionnement et advenant qu'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 l'alternative de traitement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec l'alternative déterminée par le pharmacien. Les opinions pharmaceutiques relatives à la substitution thérapeutique effectuée ne donnent droit à aucun paiement.

Règle 38 Modification d'une thérapie médicamenteuse

Lorsque le pharmacien effectue une modification d'une thérapie médicamenteuse, qu'il ajuste la posologie d'un médicament ou cesse un médicament à partir d'une ordonnance émise par un professionnel habilité à prescrire des médicaments, ou qu'il effectue ces modifications à la suite d'une demande d'un autre professionnel tel que défini à la règle 41 afin d'assurer l'efficacité de la thérapie médicamenteuse ou la sécurité du patient, notamment aux fins de ou d' :

- ✓ 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.

Lors de l'analyse du dossier pharmacologique par le pharmacien, si plus d'un médicament doit être ajusté ou cessé, le tarif désigné au point 17 de l'annexe III est appliqué pour chacun des médicaments ajustés ou cessés à compter du second jusqu'à un maximum total de quatre (4) ajustement(s) ou cessation(s) par intervention auprès d'une personne assurée par jour.

Le pharmacien doit aviser le professionnel responsable du suivi clinique du patient de l'ajustement ou de la cessation d'une thérapie médicamenteuse effectué ainsi que la personne assurée selon les dispositions de la réglementation en vigueur. 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 modification d'une thérapie médicamenteuse (règle 38) ne peut être facturé en surplus de ce service si des ajustements de doses doivent être exécutés. Il en va de même pour le refus et l'opinion pharmaceutique, lesquels ne sont pas payables pour tout médicament dont le pharmacien assure l'ajustement.

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.

La modification de la thérapie (règle 38) est payable si requise. Les opinions et refus en lien avec la présente règle ne sont pas payables.

Règle 41 Demande de consultation à un pharmacien

La Régie paie au pharmacien le tarif prévu au point 31 de l'Annexe III lorsqu'un pharmacien répond à une demande de consultation d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments, excluant un pharmacien communautaire, pour évaluer la thérapie médicamenteuse d'un patient.

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

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

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

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

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

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

Règle 42 Service de vaccination

Le service de vaccination est destiné à toute personne visée par le programme québécois d'immunisation (PQI) et qui satisfait aux conditions qui y sont prévues.

Le service ne porte que sur les médicaments prévus au PQI et publiés sur le site de la RAMQ.

Le service de vaccination comprend les services professionnels suivants :

- ✓ Évaluation du besoin de la personne admissible par un professionnel habilité à titre de vaccinateur;
- ✓ Prescription du vaccin, le cas échéant;
- ✓ Validation de l'ordonnance pour le vaccin, le cas échéant;
- ✓ Préparation de la vaccination;
- ✓ Administration du vaccin;
- ✓ Surveillance après l'administration du vaccin;
- ✓ Documentation de la vaccination au dossier-patient de la pharmacie, au dossier de l'infirmière si applicable;
- ✓ Documentation au registre provincial de vaccination;
- ✓ Gestion et utilisation de la plate-forme de rendez-vous déterminée par le MSSS.

La Régie paie au pharmacien :

- ✓ Le tarif désigné au point 14 A) de l'annexe III pour tout vaccin administré par un pharmacien;
- ✓ Le tarif désigné au point 14 B) de l'annexe III pour tout vaccin administré par toute autre personne habilitée à administrer des produits immunisants à l'emploi du pharmacien.

Le coût des fournitures inscrit à la Liste des médicaments n'est pas compris dans ces tarifs et est également remboursé.

ANNEXE III
TARIFS DU 1^{ER} AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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>0,33 par jour. (Maximum 29,70)</p> <p>0,31 par jour. (Maximum 27,90)</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>10,38</p> <p>9,71</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>9,96</p> <p>9,29</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</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,19</p> <p>4,85</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</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,97</p> <p>4,67</p>
<p>F) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,19</p> <p>4,85</p>
<p>G) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>4,97</p> <p>4,67</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>7,70</p> <p>6,63</p>
<p>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</p> <p>↪ Ordonnance falsifiée</p> <p>↪ Allergie antérieure au médicament prescrit</p> <p>↪ Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit</p> <p>↪ Interaction cliniquement significative</p> <p>↪ Intolérance antérieure au produit prescrit</p> <p>↪ Choix de produit irrationnel</p>	<p>9,62</p>

Types et volumes de services	Tarifs \$
<ul style="list-style-type: none"> ↺ Dose dangereusement élevée ↺ Dose sous-thérapeutique ↺ Durée de traitement irrationnelle ↺ Produit inefficace dans l'indication visée ↺ Quantité prescrite irrationnelle ↺ Surconsommation ↺ Duplication de traitement 	

<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 en 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>21,25</p>
--	--------------

<p>5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII</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 	21,25
<p>6) Transmission d'un profil</p>	9,96
<p>7) Trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances 	15,84 14,73

8A) Préparation magistrale non stérile autre qu'une mise en capsule: Catégorie 1 Catégorie 2 Catégorie 3	18,60 24,07 60,00
8B) Préparation magistrale non stérile : mise en capsule par un pharmacien préparateur Avec gélulier Catégorie 2 Catégorie 3 Manuel Catégorie 2 Catégorie 3	1,15 par capsule 1,35 par capsule 1,90 par capsule 2,10 par capsule
9) Service d'administration d'un médicament	20,31
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.	31,98
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%).	18,92 (4,73)
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.	3,06
14) Vaccination : A) vaccin administré par un pharmacien B) vaccin administré par une personne habilitée à administrer des produits immunisants à l'emploi du pharmacien	11,60 (jusqu'au 14 mai 2022) 15,66 (à compter du 15 mai 2022) 9,56 (jusqu'au 14 mai 2022) 12,91 (à compter du 15 mai 2022)

15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance	Tarifs par unité avec préparation préalable	Tarifs par unité sans préparation préalable
a) Thérapies parentérales - Sacs à gravité premier sac sacs suivants - Sacs pour pompe premier sac sacs suivants - Cassettes 50 ml première cassette cassettes suivantes - Cassettes 100 ml première cassette cassettes suivantes - Perfuseur élastomérique premier perfuseur perfuseurs suivants - Seringues première seringue seringues suivantes b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	15,56 7,25 20,77 10,38 15,56 7,25 20,77 12,45 20,77 16,58 7,25 3,12 9,96 9,29 17,62	13,49 7,25 15,56 8,32 13,49 7,25 17,62 11,42 14,87 12,08 6,22 3,12 18,04
16) Substitution thérapeutique d'un médicament	18,04	
17) Modification d'une thérapie médicamenteuse	22,31	
18) Mise en seringue d'insuline Moins de 17 seringues si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	11,58 3,06 0,70 3,06	
19) Prise en charge après une hospitalisation	27,74	
20) Fourniture de chambre d'espacement - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances Fourniture de masque La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement	9,96 9,29 0,00	
21) Demande de dérogation	1,26 par service	
22) A) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament	18,04	
B) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de l'herpès zoster, de l'influenza ou de la maladie à coronavirus.	22,31	
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	9,96 9,29	

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	6,22 3,12
25)	A) Amorce d'une thérapie médicamenteuse	18,04
	B) Amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence	19,34
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète, migraine (traitement prophylactique), douleur chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique) - Rencontre initiale - Entrevue de suivi - Rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - Entrevue de suivi 2 ^e champ thérapeutique ou plus (montant additionnel par champ thérapeutique supplémentaire)	17,47 22,54 21,99 11,28
27)	Service de la prise en charge en soutien à la déprescription - Rencontre initiale - Rencontre initiale relative à deux médicaments de dénomination commune différentes ou plus - Entrevue de suivi - Entrevue de suivi (montant additionnel par médicament supplémentaire de dénomination commune différente)	17,47 21,99 22,54 11,28
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	20,85 18,04
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable deux fois par période de douze mois par personne assurée	14,09
30)	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs Montant forfaitaire par semaine	33,30
31)	Service de demande de consultation	44,63

ANNEXE III
TARIFS DU 1^{ER} AVRIL 2023 AU 31 MARS 2024

Types et volumes de services	Tarifs \$
1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance	
<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>0,34 par jour. (Maximum 30,60)</p> <p>0,32 par jour. (Maximum 28,80)</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>10,61</p> <p>9,92</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>10,18</p> <p>9,49</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</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,30</p> <p>4,96</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</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,08</p> <p>4,77</p>
<p>F) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,30</p> <p>4,96</p>
<p>G) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente dans les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,08</p> <p>4,77</p>
2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :	
<p>- 48 500 ordonnances et moins</p> <p>- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>7,87</p> <p>6,78</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 en 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>21,25</p>
--	--------------

<p>5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII</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 	21,25
<p>6) Transmission d'un profil</p>	10,18
<p>7) Trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances 	<p>16,19</p> <p>15,05</p>

8A) Préparation magistrale non stérile autre qu'une mise en capsule: Catégorie 1 Catégorie 2 Catégorie 3	19,01 24,60 61,32
8B) Préparation magistrale non stérile : mise en capsule par un pharmacien préparateur Avec gélulier Catégorie 2 Catégorie 3 Manuel Catégorie 2 Catégorie 3	1,18 par capsule 1,38 par capsule 1,94 par capsule 2,15 par capsule
9) Service d'administration d'un médicament	21,33
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.	32,68
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%).	19,34 (4,83)
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.	3,13
14) Vaccination : A) vaccin administré par un pharmacien B) vaccin administré par une personne habilitée à administrer des produits immunisants à l'emploi du pharmacien	16,44 13,56

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 15,90 sacs suivants 7,41 - Sacs pour pompe <ul style="list-style-type: none"> premier sac 21,23 sacs suivants 10,61 - Cassettes 50 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 15,90 cassettes suivantes 7,41 - Cassettes 100 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 21,23 cassettes suivantes 12,72 - Perfuseur élastomérique <ul style="list-style-type: none"> premier perfuseur 21,23 perfuseurs suivants 16,94 - Seringues <ul style="list-style-type: none"> première seringue 7,41 seringues suivantes 3,19 b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,18 - plus de 48 500 ordonnances 9,49 Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées 18,01		
16) Substitution thérapeutique d'un médicament	18,94	
17) Modification d'une thérapie médicamenteuse	23,43	
18) Mise en seringue d'insuline <ul style="list-style-type: none"> Moins de 17 seringues 11,83 <ul style="list-style-type: none"> si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 3,13 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : 0,72 <ul style="list-style-type: none"> si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 3,13 		
19) Prise en charge après une hospitalisation	29,13	
20) Fourniture de chambre d'espacement <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,18 - plus de 48 500 ordonnances 9,49 Fourniture de masque <ul style="list-style-type: none"> La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement 0,00 		
21) Demande de dérogation	1,29 par service	
22) A) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament	18,94	
B) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de l'herpès zoster, de l'influenza ou de la maladie à coronavirus.	23,43	
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,18 - plus de 48 500 ordonnances 9,49 		

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	6,36 3,19
25)	A) Amorce d'une thérapie médicamenteuse	18,94
	B) Amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence	19,34
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète, migraine (traitement prophylactique), douleur chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique - Rencontre initiale - Entrevue de suivi - Rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - Entrevue de suivi 2 ^e champ thérapeutique ou plus (montant additionnel par champ thérapeutique supplémentaire)	18,34 23,67 23,09 11,84
27)	Service de la prise en charge en soutien à la déprescription - Rencontre initiale - Rencontre initiale relative à deux médicaments de dénomination commune différentes ou plus - Entrevue de suivi - Entrevue de suivi (montant additionnel par médicament supplémentaire de dénomination commune différente)	18,34 23,09 23,67 11,84
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	21,89 18,94
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable trois fois par période de douze mois par personne assurée	14,79
30)	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs Montant forfaitaire par semaine	34,97
31)	Service de demande de consultation	46,86

ANNEXE III

TARIFS DU 1^{ER} AVRIL 2024 AU 31 MARS 2025

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>0,35 par jour. (Maximum 31,50)</p> <p>0,32 par jour. (Maximum 28,80)</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>10,82</p> <p>10,12</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>10,38</p> <p>9,68</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</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,41</p> <p>5,06</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</p> <p style="padding-left: 20px;">- 48 500 ordonnances et moins</p> <p style="padding-left: 20px;">- plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>5,18</p> <p>4,87</p>
<p>F) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente dans les cas prévus 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>5,41</p> <p>5,06</p>
<p>G) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente dans les cas prévus 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>5,18</p> <p>4,87</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>8,03</p> <p>6,92</p>
<p>4) Opinion pharmaceutique sur l'amorce d'un traitement médicamenteux</p>	<p>24,60</p>

6)	Transmission d'un profil	10,38
7)	Trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO) - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	16,51 15,35
8A)	Préparation magistrale non stérile autre qu'une mise en capsule : Catégorie 1 Catégorie 2 Catégorie 3	19,39 25,09 62,55
8B)	Préparation magistrale non stérile : mise en capsule par un pharmacien préparateur Avec gélulier Catégorie 2 Catégorie 3 Manuel Catégorie 2 Catégorie 3	1,20 par capsule 1,41 par capsule 1,98 par capsule 2,19 par capsule
9)	Service d'administration d'un médicament	22,40
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.	33,33
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%).	19,73 (4,93)
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 ; d) 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.	3,19
14)	Vaccination : A) vaccin administré par un pharmacien B) vaccin administré par une personne habilitée à administrer des produits immunisants à l'emploi du pharmacien	17,26 14,24

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 16,22 sacs suivants 7,56 - Sacs pour pompe <ul style="list-style-type: none"> premier sac 21,65 sacs suivants 10,82 - Cassettes 50 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 16,22 cassettes suivantes 7,56 - Cassettes 100 ml <ul style="list-style-type: none"> première cassette 21,65 cassettes suivantes 12,97 - Perfuseur élastomérique <ul style="list-style-type: none"> premier perfuseur 21,65 perfuseurs suivants 17,28 - Seringues <ul style="list-style-type: none"> première seringue 7,56 seringues suivantes 3,25 b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,38 - plus de 48 500 ordonnances 9,68 Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées 18,37		
16) Substitution thérapeutique d'un médicament	19,89	
17) Modification d'une thérapie médicamenteuse	24,60	
18) Mise en seringue d'insuline <ul style="list-style-type: none"> Moins de 17 seringues 12,07 <ul style="list-style-type: none"> si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 3,19 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : 0,73 <ul style="list-style-type: none"> si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 3,19 		
19) Prise en charge après une hospitalisation	30,59	
20) Fourniture de chambre d'espacement <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,38 - plus de 48 500 ordonnances 9,68 Fourniture de masque <ul style="list-style-type: none"> La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement 0,00 		
21) Demande de dérogation	1,32 par service	
22) A) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament	19,89	
B) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de l'herpès zoster, de l'influenza ou de la maladie à coronavirus.	24,60	
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins 10,38 - plus de 48 500 ordonnances 9,68 		

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	6,49 3,25
25)	A) Amorce d'une thérapie médicamenteuse	19,89
	B) Amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence	Voir 25 A)
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète, migraine (traitement prophylactique), douleur chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique - Rencontre initiale - Entrevue de suivi - Rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - Entrevue de suivi 2 ^e champ thérapeutique ou plus (montant additionnel par champ thérapeutique supplémentaire)	19,26 24,85 24,24 12,43
27)	Service de la prise en charge en soutien à la déprescription - Rencontre initiale - Rencontre initiale relative à deux médicaments de dénomination commune différentes ou plus - Entrevue de suivi - Entrevue de suivi (montant additionnel par médicament supplémentaire de dénomination commune différente)	19,26 24,24 24,85 12,43
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	22,98 19,89
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable trois fois par période de douze mois par personne assurée	15,53
30)	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs Montant forfaitaire par semaine	36,72
31)	Service de demande de consultation	49,20

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

Abrogée.

ANNEXE VII

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

Cette annexe est abrogée à compter du 1^{er} avril 2024.

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 Hypolipémiants
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.

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 croit 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 _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
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'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'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 _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
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 SUIT :

Les parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de compléter les travaux sur la révision du mode de rémunération pour le 31 mars 2023 au plus tard, et ce, afin de permettre sa mise en place fonctionnelle pour le 1^{er} avril 2024.

Les parties reconnaissent que l'entente à intervenir devra être approuvée par leurs instances respectives et soumise pour consultation et adoption aux membres de l'AQPP.

Les parties assureront le suivi et l'encadrement du déploiement du nouveau mode de rémunération, de même que le suivi de l'évolution des coûts.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____ ce ____ jour de _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
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 _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 5

1. Montants forfaitaires dans le cadre de la prévention des hospitalisations liées à la pandémie de la COVID-19

1.1 De façon exceptionnelle dans le cadre de la lutte contre la pandémie de la COVID-19 et de la prévention des hospitalisations dues à la COVID-19, les montants forfaitaires suivants sont octroyés pour le déploiement de la prescription d'un médicament (Règle 30) et de l'amorce de thérapie médicamenteuse (Règle 31) contre la COVID-19.

1.2 Un montant forfaitaire de 200,00 \$ est octroyé à chaque pharmacie communautaire afin de mettre en place les conditions permettant le déploiement de ces activités dans le cadre de l'urgence sanitaire et de la prévention des hospitalisations.

1.3 Un montant forfaitaire de 10 \$ par service rendu de prescription d'un médicament (Règle 30) ou d'amorce de thérapies médicamenteuses (Règle 31) contre la COVID-19 sera octroyé aux pharmacies communautaires pour les 30 000 premières prescriptions pour un montant forfaitaire total de 300 000 \$. Les versements forfaitaires seront comptabilisés et versés mensuellement dès la disponibilité des données finalisées de réclamation à la RAMQ.

1.4 Un montant forfaitaire de 5 \$ par service rendu pour les 60 000 services suivant ceux identifiés à l'article 1.3 pour un montant forfaitaire total de 300 000 \$. Les versements forfaitaires seront comptabilisés et versés bimestriellement dès la disponibilité des données finalisées de réclamation à la RAMQ.

2. Mise en œuvre

2.1 Les parties identifient chaque pharmacie admissible au paiement des montants forfaitaires et en avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec.

2.2 La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 31 mars 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____ jour de _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise
des pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente no 6

CONSIDÉRANT QUE le comité paritaire constitué de représentants du MSSS et de l'AQPP ont mené au cours de l'année 2021 des travaux pour réviser *l'Entente particulière relative au Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile*;

CONSIDÉRANT QUE le comité paritaire a présenté ses recommandations à la table de négociation du 19 novembre 2021, recommandations qui ont alors fait l'objet d'un dépôt conjoint par les parties;

CONSIDÉRANT QU'il est de la volonté des parties d'assurer le suivi de ces recommandations dans les meilleurs délais;

Les parties conviennent de ce qui suit :

Des travaux de rédaction de la nouvelle Entente particulière seront entrepris au cours de l'automne 2022 de manière à y intégrer les recommandations du comité paritaire et effectuer les ajustements nécessaires, notamment aux fins d'harmonisation et de concordance, de manière à parvenir à un texte final d'ici le 31 mars 2023.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____ ce _____ jour de _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Lettre d'entente n° 7

L'AQPP s'engage à encourager la participation de ses membres au Guichet d'accès à la première ligne (GAP), notamment en offrant de l'information et de la formation à ses membres.

L'AQPP s'engage à contribuer à l'éducation et à la formation de ses membres afin de favoriser la croissance des activités cliniques et plus particulièrement les prises en charge des règles 32 et 33.

La présente lettre d'entente prend fin le 30 mars 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____ jour de _____ 2022.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Benoit Morin
Président
Association québécoise
des pharmaciens propriétaires