**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 20 juin 2015.

2. Les annexes I et V sont reconduites. Les annexes II, III, IV, VI, VII et VIII sont remplacées.

3. Les lettres d'entente suivantes sont abrogées :
   - no 3 du 17 août 2012 ;
   - no 5 du 17 août 2012.

4. Les lettres d'entente suivantes sont reconduites :
   - no 1 et no 4 du 17 août 2012 ;

5. Les lettres d'entente no 2, no 3, no 5, no 6, no 7 et no 8 sont introduites.

6. Le tarif suivant s'applique pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence à partir du :

   20 juin 2015 : 18,02 $

7. Le tarif suivant s'applique pour les frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et solutions ophtalmiques à partir du :

   20 juin 2015 : 5,74 $

8. 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 2018, il sera pris en compte une précision à quatre (4) décimales en l'occurrence : 0,2987 $ et 0,2790 $ respectivement pour le tarif avant et après plafond.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

Entente 2015-2018

# ENTENTE

# RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE

**ENTRE**

**L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES**

**ET LE**

**MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Entente 2015-2018

**2015-2018**

## 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 1 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.

Entente 2015-2018

## 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, en novembre de chaque année, sous pli recommandé, 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 b), 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 ou le montant égal à celle-ci.

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 sous pli recommandé 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.

Entente 2015-2018

## 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 (30e) 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 (8e) jour qui suit la date de la mise à la poste, sous pli recommandé, de la formule prévue au paragraphe 4.02.

## ARTICLE 5 FACTURATION

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

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

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

5.04 Même si la demande de paiement est autorisée, le pharmacien qui désire modifier les renseignements fournis doit annuler la demande de paiement et, s'il y a lieu, en produire une autre dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de la date de l'autorisation de paiement.

Entente 2015-2018

## 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 21e 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.

Entente 2015-2018

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 trente-six (36) 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.

Entente 2017-2018

## ARTICLE 7 DIFFÉREND ET ARBITRAGE

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

7.02 Tout différend est soumis à la procédure suivante :

Première étape :

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

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

Deuxième étape :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

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.

Entente 2015-2018

## ARTICLE 8 LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE

8.01 L'entente n'a pas pour objet de restreindre ou de limiter l'exercice de la profession de pharmacien, ni celui de statuer sur le lieu où les services assurés sont dispensés.

8.02 Dans le respect du code de déontologie du pharmacien et en accord avec la Loi sur la pharmacie, un pharmacien peut substituer au médicament prescrit un médicament dont la dénomination commune est la même, à moins d'indication contraire formulée par l'auteur de l'ordonnance lorsque la situation de la personne le requiert. Cette indication doit être présente lors de l'exécution de l'ordonnance.

En tant que prescripteur, le pharmacien peut également inscrire la mention «ne pas substituer» ainsi que le code spécifique le cas échéant, à la condition que les motifs n'exigent pas que le pharmacien procède à une évaluation au sens médical et qu'ils soient documentés au dossier de la personne assurée.

8.03 Le pharmacien a pleine autonomie sur la tenue, l'organisation et la gestion de sa pharmacie.

## ARTICLE 9 BONNE FOI

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

## ARTICLE 10 CONSULTATIONS

10.01 Le Ministre convient de consulter l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'entente.

10.02 Le Ministre consulte l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un pharmacien pour les fins de l'article 72 de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements.

10.03 Chaque fois que la Régie entend se prévaloir du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, elle en informe au préalable l'Association par courrier recommandé.

L'Association soumet, s'il y a lieu, ses représentations dans un délai de sept (7) jours de la réception de l'avis de la Régie.

10.04 Toute modification dans les modalités de transport des données de paiement entre la pharmacie et la Régie doit être discutée entre la Régie et l'Association avant d'être mise en œuvre.

## ARTICLE 11 MODIFICATION DE L'ENTENTE

11.01 Toute matière relative à l'interprétation de l'entente ou à son application peut faire l'objet de négociation entre les parties.

11.02 Les parties conviennent de négocier toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite de l'adoption de toute loi et de tout règlement ou de tout changement à la législation et à la réglementation.

11.03 Les parties conviennent de négocier aussi toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite d'un règlement adopté par l'Ordre des pharmaciens conformément à la Loi sur la pharmacie.

11.04 Les négociations prévues aux articles ci-dessus sont entamées sur avis de l'une ou l'autre des parties et commencent dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de cet avis.

Entente 2015-2018

## 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.

Entente 2015-2018

**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 20 juin 2015 et se termine le 31 mars 2018.

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

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**ANNEXES**

Entente 2015-2018

## ANNEXE I

## LISTE DES MÉDECINS

**Aucun**

Entente 2015-2018

## ANNEXE II

## RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

**Règle 1**

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

**Règle 2 Rémunération des services pharmaceutiques**

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

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

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

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

**Règle 3**

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

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

**Règle 4**

Abrogée.

Entente 2015-2018

**Règle 5**

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

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

- Renouvellement de l'ordonnance ;

- Refus d'exécuter ou de renouveler l'ordonnance ;

- Opinion pharmaceutique adressée à un pharmacien.

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

Entente 2015-2018

**Règle 6**

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

a) le refus vise un médicament assuré ;

b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien ;

c) l'ordonnance refusée ou son fac-similé soit versé à son registre.

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

**Règle 7**

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

**Règle 8**

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

**Règle 9**

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

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

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

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

Entente 2015-2018

**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.

Entente 2015-2018

**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.

Entente 2015-2018

**Règle 12 Transmission d'un profil**

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

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

**Règle 13**

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

**Règle 14**

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

**Règle 15 Pharmacothérapie initiale**

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

**Règle 16**

La Régie paie au pharmacien le coût des services et du médicament magistral prescrit lorsque ce médicament apparaît à la Liste de médicaments dressée par règlement du Ministre.

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 pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'un médicament magistral prescrit, même lorsqu'il fait préparer le médicament magistral 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.

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

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

Les tarifs pour ce service sont prévus aux points 8 et 9 de l'annexe III.

**Règle 17**

Le coût du médicament magistral correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste de médicaments ainsi que de chaque adjuvant ou véhicule apparaissant à la liste des adjuvants ou véhicules publiée par la Régie et incorporés dans le médicament magistral. Cependant, lorsqu'une partie seulement d'un conditionnement d'un produit de la liste est utilisée dans la préparation d'un médicament magistral, le coût du produit fait l'objet d'une considération spéciale (C.S.) pour autant que le reste ne soit pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du conditionnement.

Lorsqu'une substance active est inscrite à la liste des produits pour médicament magistral, le coût correspondant à cette substance sera remboursé, même si le pharmacien utilise un conditionnement pour usage oral ou injectable dans la préparation.

**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.

Entente 2015-2018

**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 ;

f) la personne assurée reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier.

**Règle 20**

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

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

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

a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;

b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

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

Entente 2015-2018

**Règle 22** **Fourniture de seringues-aiguilles jetables, 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 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 inscrit à la Liste de médicaments;

b) 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;

c) 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;

d) 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.

Les tarifs pour ces services sont ceux prévus au point 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 1er 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.

Entente 2015-2018

**Règle 24** **Pilulier**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

**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 e) de la règle 19, la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

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'un renouvellement d'une ordonnance, alors que le point 1C) prévoit le tarif d'exécution d'une nouvelle 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 1B 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 durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

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

La justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Entente 2015-2016

**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.

Entente 2015-2018

## 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.

   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 au point 1B 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 au point 1B 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.

Entente 2015-2018

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

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

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

Entente 2015-2018

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

**<u>Règle 31</u>** **Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis**

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

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

  le service doit viser **les personnes à risque modéré ou élevé**[1] de complications gastro-intestinales qui utilisent un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou de l'acide acétylsalicylique;

  les personnes à **risque modéré** présentent trois des facteurs de risque suivants ou plus :

  - patients de plus de soixante-cinq (65) ans et de moins de soixante-quinze (75) ans,
  - antécédents d'ulcus non compliqué des voies digestives hautes,
  - présence de comorbidités,
  - prise de médicaments concomitants (clopidogrel, stéroïdes par voie orale, inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS)),
  - prise de plus d'un AINS (y compris l'AAS);

  les personnes à **risque élevé** sont celles qui ont soixante-quinze (75) ans ou plus, des antécédents d'ulcus compliqué (hémorragie digestive ou perforation) ou qui prennent de la warfarine;

- la prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil)

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

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

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

Entente 2015-2018

[1] Principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Conseil du médicament. Mars 2010. Page 6

**<u>Règle 32</u>** **Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques suivants :**

- **hypertension artérielle**
- **dyslipidémie**
- **hypothyroïdie**
- **diabète non insulinodépendant**
- **traitement prophylactique de la migraine**

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

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

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

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

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

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

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

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

Entrée 2015-2018

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

**<u>Règle 33</u>** **Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant le diabète insulinodépendant**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

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

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

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

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

Entente 2015-2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

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

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

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

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

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

Entente 2015-2018

## ANNEXE III
## TARIFS DU 20 JUIN 2015 AU 31 MARS 2018

| **Types et volumes de services** | **Tarifs**<br>**$** |
|---|---|
| 1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance | |
| 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). | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 0,30 par jour.<br>(Maximum 27,00) |
| - plus de 48 500 ordonnances | 0,28 par jour.<br>(Maximum 25,20) |
| B) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en A et E | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 8,96 |
| - plus de 48 500 ordonnances | 8,37 |
| C) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en A et D | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 9,34 |
| - plus de 48 500 ordonnances | 8,74 |
| D) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 4,67 |
| - plus de 48 500 ordonnances | 4,37 |
| E) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 4,48 |
| - plus de 48 500 ordonnances | 4,19 |
| 2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive : | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 6,93 |
| - plus de 48 500 ordonnances | 5,97 |

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| 3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement<br><br>↳ Ordonnance falsifiée<br>↳ Allergie antérieure au médicament prescrit<br>↳ Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit<br>↳ Interaction cliniquement significative<br>↳ Intolérance antérieure au produit prescrit<br>↳ Choix de produit irrationnel<br>↳ Dose dangereusement élevée<br>↳ Dose sous-thérapeutique<br>↳ Durée de traitement irrationnelle<br>↳ Produit inefficace dans l'indication visée<br>↳ Quantité prescrite irrationnelle<br>↳ Surconsommation<br>↳ Duplication de traitement | 8,96 |

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| 4) Opinion pharmaceutique<br>↳ Allergie<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Calendrier de sevrage<br>. Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines<br>↳ Contre-indication<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Duplication<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Modifier le traitement prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>↳ Effet indésirable ou intolérance observés<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>. Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Inefficacité<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue<br>. Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe *c) iv)*<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>. Prolonger la durée du traitement prescrit<br>↳ Grossesse ou allaitement<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>. Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Innocuité<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique<br>. Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit<br>. Réduire la durée du traitement prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Interaction<br>. Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement<br>. Interrompre la prise d'un médicament prescrit<br>. Empêcher la prise d'un médicament prescrit<br>. Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit<br>. Substituer un médicament prescrit par un autre<br>↳ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité<br>↳ 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<br>↳ Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe *c) iii)* de la règle 10<br>↳ Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale | 19,79 |

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| 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<br><br>↳ Traitement de l'asthme<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement de la tuberculose<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement des dyslipidémies<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement du diabète de type II<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement de l'épilepsie<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Utilisation des psychotropes<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation<br><br>↳ Traitement de l'infection au VIH<br><br>. inobservance au traitement : surconsommation<br>. inobservance au traitement : sous-consommation | 19,79 |
| 6) Transmission d'un profil | 8,96 |
| 7) Traitement de substitution aux opioïdes<br><br>- 48 500 ordonnances et moins<br>- plus de 48 500 ordonnances | <br><br>14,26<br>13,26 |

Entente 2015-2018

| | | |
|---|---|---|
| 8) | Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :<br><br>- 48 500 ordonnances et moins<br>- plus de 48 500 ordonnances | <br><br><br>14,26<br>13,26 |
| 9) | Pour l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées, à l'exception des préparations injectables et des solutions ophtalmiques lorsque le mélange est destiné à la voie parentérale ou ophtalmique, le montant payable est la somme du coût des médicaments et de celui fixé pour l'exécution et le renouvellement de l'ordonnance :<br><br>- 48 500 ordonnances et moins<br>- plus de 48 500 ordonnances | <br><br><br><br><br>8,96<br>8,37 |
| 10) | Service sur appel<br><br>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.<br>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 Grâces, le jour de Noël et le 26 décembre.<br>Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués. | 28,79 |
| 11) | Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours sous la forme d'un pilulier(le tarif est payable par période de sept (7) jours en utilisant le pourcentage de 25%). | 17,57<br>(4,39) |
| 12) | Considération spéciale (C.S.)<br>Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :<br>a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire ;<br>b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.<br><br>Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie. | |
| 13) | Fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies. | 2,77 |
| 14) | Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :<br><br>a) pour les sept (7) premiers jours<br>- 48 500 ordonnances et moins<br>- plus de 48 500 ordonnances<br><br>b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu<br>- 48 500 ordonnances et moins<br>- plus de 48 500 ordonnances | <br><br><br>9,34<br>8,74<br><br><br>8,96<br>8,37 |

Entente 2015-2018

| | Tarifs par unité avec préparation préalable | Tarifs par unité sans préparation préalable |
|---|---|---|
| 15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance | | |
| a) Thérapies parentérales | | |
| - Sacs à gravité | | |
| premier sac | 14,00 | 12,15 |
| sacs suivants | 6,53 | 6,53 |
| - Sacs pour pompe | | |
| premier sac | 18,69 | 14,00 |
| sacs suivants | 9,34 | 7,48 |
| - Cassettes 50 ml | | |
| première cassette | 14,00 | 12,15 |
| cassettes suivantes | 6,53 | 6,53 |
| - Cassettes 100 ml | | |
| première cassette | 18,69 | 15,86 |
| cassettes suivantes | 11,20 | 10,28 |
| - Perfuseur élastométrique | | |
| premier perfuseur | 18,69 | 13,39 |
| perfuseurs suivants | 14,92 | 10,88 |
| - Seringues | | |
| première seringue | 6,53 | 5,60 |
| seringues suivantes | 2,81 | 2,81 |
| b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) | | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 8,96 | |
| - plus de 48 500 ordonnances | 8,37 | |
| Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées | 15,86 | |
| 16) Préparation de capsules placebo | | |
| 1 à 30 capsules | 14,26 | |
| 31 à 60 capsules | 20,48 | |
| 61 à 100 capsules | 27,27 | |
| Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : | 0,25 | |
| 17) Préparation de sachets | | |
| 1 à 30 sachets | 14,26 | |
| 31 à 60 sachets | 20,48 | |
| 61 à 100 sachets | 27,27 | |
| Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par : | 0,25 | |
| 18) Mise en seringue d'insuline | | |
| Moins de 17 seringues | 10,43 | |
| si c'est un mélange d'insulines, ajouter : | 2,77 | |
| 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : | 0,64 | |
| si c'est un mélange d'insulines, ajouter : | 2,77 | |
| 19) Préparation de capsules | | |
| 1 à 30 capsules | 14,26 | |
| 31 à 60 capsules | 20,48 | |
| 61 à 100 capsules | 27,27 | |
| Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : | 0,25 | |
| 20) Fourniture de chambre d'espacement | | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 8,96 | |
| - plus de 48 500 ordonnances | 8,37 | |
| Fourniture de masque<br>La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement | 0,00 | |
| 21) Demande de dérogation | 1,13 par service | |
| 22) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures | 16,00 | |
| 23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant | | |
| - 48 500 ordonnances et moins | 8,96 | |
| - plus de 48 500 ordonnances | 8,37 | |

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| 24) Mise en seringue de chlorure de sodium<br>- première unité<br>- unités suivantes | 5,60<br>2,81 |
| 25) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis | 16,00 |
| 26) Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulinodépendant, migraine (traitement prophylactique))<br>- rencontre initiale<br>- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus<br>- montant forfaitaire annuel<br>- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) | 15,50<br>19,50<br>40,00 en deux versements<br>20,00 en deux versements |
| 27) Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulinodépendant)<br>- rencontre initiale<br>- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus<br>- montant forfaitaire annuel<br>- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) | 15,50<br>19,50<br>50,00 en trois versements<br>25,00 en trois versements |
| 28) Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)<br>- rencontre initiale<br>- montant forfaitaire mensuel | 18,50<br>16,00 |
| 29) Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation<br>- tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée | 12,50 |

Entente 2015-2018

**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.
Veuillez 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)

Entente 2015-2018

**ANNEXE V**

**FORMULE DE DIFFÉREND**

..... 20 .....

À :

**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

Entente 2015-2018

## ANNEXE VI

## PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

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

Entente 2015-2018

## ANNEXE VII

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

**A**

| **Situation** | **Médicaments** |
|---|---|
| Asthme | 12 :12 :08 Agonistes bêta adrénergiques inhalés<br>68 :04 Corticostéroïdes inhalés<br>Associations d'agoniste bêta adrénergique et de corticostéroïde inhalés)<br>*4.00 Antihistaminiques (kétotifène)<br>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<br>24.08 Antihypertenseurs<br>24.12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole)<br>24 :20 Bloquants alpha-adrénergiques<br>24 :24 Bloquants bêta-adrénergiques<br>24 :28 Bloquants du canal calcique<br>24 :32 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone<br>40.28 Diurétiques |
| Diabète de type II | 68 :20 :02 Inhibiteurs des alpha –glucosidases<br>68 :20 :04 Biguanides<br>68 :20 :05 Inhibiteurs de la DDP-4<br>68 :20 :16 Méglitinides<br>68:20.20 Sulfonylurées<br>68 :20 :28 Thiazolidinediones |
| Épilepsie | 28:12 Anticonvulsivants (Sauf Clonazépam) |
| Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes | 28:16.04 Antidépresseurs<br>28:16.08 Antipsychotiques<br>*28:24:92 Divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (prométhazine)<br>*28:28 Autres psychotropes (lithium) |

**B**

| **Situations** | **Médicaments** |
|---|---|
| Infection au VIH | 08:18.08 Antirétroviraux |

**NOTE :** Toutes les formes injectables sont exclues.
* Indique les seuls médicaments retenus dans une classe ou sous-classe.

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

Entente 2017-2018

## ANNEXE VIII

## CONCERNANT LES MESURES D'ÉCONOMIES

Les parties conviennent que la Régie effectuera des prélèvements périodiques à même les paiements effectués conformément à l'article 6 de l'entente pour les exercices 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018.

Les parties conviennent également d'une réduction tarifaire pour les services chroniques de moins de sept (7) jours rémunérés conformément à la règle 25 de l'entente tel que prévu aux points 1D et 1E de l'annexe III.

La somme des économies réalisées par la Régie au moyen des prélèvements et de la réduction tarifaire ci-dessus doit atteindre cent trente-trois millions de dollars (133 000 000 $) pour chacun des exercices financiers 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018.

Les prélèvements sont effectués sur chacun des services rémunérés selon les codes de services suivants : O, N, P et G.

Le taux de prélèvement à effectuer est prédéterminé par les parties selon des modalités proposées par l'Association.

Afin de considérer les délais usuels d'obtention des données et d'évaluation des prélèvements périodiques, les prélèvements débuteront à compter du 30 septembre 2015. Les prélèvements effectués sur le paiement du 30 septembre 2015 concernent les services payés le 15 avril 2015. Ceux effectués sur le paiement du 14 octobre 2015 concernent les services payés le 29 avril 2015; et ainsi de suite, de sorte que les prélèvements concernant les services payés le 11 avril 2018 seront effectués le 26 septembre 2018.

La Régie transmet aux parties les données trimestrielles aussitôt que ces dernières sont disponibles. À partir de ces données, les parties évaluent les prélèvements périodiques qui seront effectués par la Régie, pour chaque pharmacie.

La Régie communiquera ensuite à chaque pharmacie (raison sociale) le détail périodique des montants à être prélevés pour tout le trimestre, et ce, dans les meilleurs délais.

Si les économies ainsi calculées dépassent cent trente-trois millions de dollars (133 000 000 $) pour un exercice financier, les taux de prélèvement seront ajustés à la baisse selon des modalités à prévoir par les parties pour les prélèvements relatifs à cet exercice, mais non encore effectués, de sorte que les économies de l'exercice totaliseront effectivement cent trente-trois millions de dollars (133 000 000 $).

Si les économies ainsi calculées n'atteignent pas cent trente-trois millions de dollars (133 000 000 $) pour un exercice financier, les taux de prélèvement seront ajustés à la hausse selon des modalités à prévoir par les parties pour les prélèvements relatifs à cet exercice, mais non encore effectués, de sorte que les économies de l'exercice totaliseront effectivement cent trente-trois millions de dollars (133 000 000 $).

Entente 2015-2018

**LETTRES D'ENTENTE**

Entente 2015-2018

**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 ;
- la pharmacothérapie initiale ;
- l'opinion pharmaceutique ;
- le refus d'exécuter une ordonnance ;
- la transmission d'un profil.

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, de recommander aux parties les mesures requises pour corriger la situation dans les plus brefs délais. Pour les coûts du service du pilulier, les parties s'entendent pour fixer à vingt-cinq pour cent (25 %) de l'ensemble du coût des services le pourcentage au-delà duquel la croissance du coût des services du pilulier aura été plus rapide que la tendance historique.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ___jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**Lettre d'entente no 2**

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

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

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

Entente 2015-2018

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**Lettre d'entente no 3**

**Concernant la mise en place d'un comité paritaire de surveillance et de gestion des mesures mises en place afin de générer les économies visées**

**CONSIDÉRANT QUE** les parties ont convenu de certaines mesures et de cibles d'économies apparaissant à l'annexe VIII des présentes;

**Les parties conviennent de ce qui suit :**

1. La mise sur pied, dans les soixante jours de la signature de l'entente, d'un comité conjoint composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre. Sur accord des parties, des représentants additionnels pourront participer ponctuellement aux travaux du comité. Chaque partie assume les frais de ses représentants.

2. Le mandat du comité consiste à :
   - suivre l'évolution des économies prévues à l'entente;
   - mettre en place les mécanismes nécessaires à la réalisation des économies prévues à l'entente;
   - déterminer les mécanismes à mettre en place en cas d'écart entre les économies prévues et réalisées.

   Les données identifiées à l'annexe VIII des présentes sont accessibles aux parties selon les modalités qui y sont définies.

   Le comité détermine ses règles de fonctionnement, et s'assure notamment d'une fréquence de réunions adaptée au mandat à réaliser.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | 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_____2015.

_____
**Gaétan Barrette**
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

_____
**Jean Thiffault**
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

Entente 2015-2018

**Lettre d'entente no 5**

**Concernant le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation**

**CONSIDÉRANT** que les parties ont convenu d'ajouter aux services rémunérés dans l'entente, le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation;

**CONSIDÉRANT** que les parties ont convenu d'allouer une enveloppe de quatre millions sept cent mille dollars (4 700 000 $) pour la rémunération de ce nouveau service en 2015-2016 (à compter du 20 juin 2015), de sept millions de dollars (7 000 000 $) pour l'année financière 2016-2017 et de huit millions de dollars (8 000 000 $) pour l'année financière 2017-2018;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ce nouveau service;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les données requises afin de suivre l'évolution des coûts de ce service en cours d'année financière seront rendues disponibles aux parties dans les meilleurs délais (de façon mensuelle).

2. Les parties procéderont à la mesure et à l'évaluation des coûts réels associés à la rémunération de ce service à partir des données mentionnées précédemment.

3. Dans l'éventualité où les coûts réels associés à la rémunération de ce service sont supérieurs aux enveloppes respectivement prévues en 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018 :

   - ✓ les parties conviennent de revoir, dans les meilleurs délais, les modalités de ce service prévues à la règle 35 afin d'en assurer le financement à l'intérieur des enveloppes prévues;
   - ✓ les montants en dépassement des enveloppes seront récupérés sur les honoraires versés aux pharmaciens dès que les données seront disponibles après la fin de l'année financière visée, et ce, au prorata du nombre de services d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation facturés à la Régie.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**Lettre d'entente no 6**

**Concernant la mise en place d'un comité spécifique de concertation des intervenants liés à l'ensemble des règlements, normes ou protocoles relatifs au service du pilulier et de suivi de ce service**

**CONSIDÉRANT QUE** le service de mise en pilulier est un service prévu à l'entente;

**CONSIDÉRANT QUE** l'entente définit les conditions et modalités de remboursement du service de mise en pilulier à la règle 24;

**CONSIDÉRANT QU'IL** est dans l'intérêt des parties de s'assurer que l'application de la règle 24 respecte l'esprit et la lettre des conditions et modalités qui y sont prévues;

**Les parties conviennent de ce qui suit :**

1. Ce comité est mis en place dans les soixante (60) jours de l'entrée en vigueur de l'entente.

2. Sa composition sera convenue entre les parties.

3. Le comité a pour mandat :

   - de mettre en place un mécanisme de consultation, d'information et d'évolution du suivi du service du pilulier;
   - d'examiner l'ensemble des règlements, normes ou protocoles relatifs au service du pilulier;
   - d'informer le Ministre de l'impact de ces règlements, normes ou protocoles, ou de leurs éventuelles conséquences sur l'application de la règle 24;
   - de proposer aux parties toute modification à l'entente susceptible de favoriser l'optimisation et la sécurité de l'usage de médicaments pour les personnes assurées.

   Le comité détermine ses règles de fonctionnement, et s'assure notamment d'une fréquence de réunions adaptée au mandat à réaliser.

   Le comité soumettra un premier rapport au Ministre et aux parties au plus tard le 31 mars 2017.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**Lettre d'entente no 7**

**Concernant la mise en place d'un comité paritaire chargé de revoir le mode de rémunération**

**CONSIDÉRANT QUE** le modèle actuel de rémunération n'est plus adapté à l'évolution de la pratique;

**CONSIDÉRANT QUE** cette situation nécessite réflexion et analyse.

**Les parties conviennent de ce qui suit :**

1. Un comité composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre sera créé dans les soixante (60) jours de la signature de l'entente; sur accord des parties, des représentants additionnels pourront participer ponctuellement aux travaux du comité; chaque partie assume les frais de ses représentants.

2. Ce comité aura pour mandat :

   - d'identifier les problématiques liées au mode de rémunération actuel;
   - d'identifier et d'analyser diverses pistes de solution;
   - de soumettre des recommandations au Ministre en ce qui a trait aux avenues porteuses.

   Le comité détermine ses règles de fonctionnement, et s'assure notamment d'une fréquence de réunions adaptée au mandat à réaliser.

   Le comité devra faire rapport de ses travaux au Ministre dans les meilleurs délais au plus tard le 1er octobre 2017.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |

**Lettre d'entente no 8**

**Concernant la poursuite de discussions sur certains sujets en cours d'entente**

**CONSIDÉRANT QUE** dans le cadre des négociations menant au renouvellement de l'entente, les parties ont déjà initié des échanges concernant certains sujets;

**Les parties conviennent de ce qui suit :**

Les échanges portant sur les sujets suivants seront poursuivis par les parties de façon diligente dans le cadre de la présente entente :

- les préparations magistrales :
  l'Ordre des pharmaciens du Québec a adopté en 2012 une nouvelle norme encadrant les préparations non stériles en pharmacie qui modifie passablement l'organisation du travail en pharmacie. Cette norme doit être appliquée depuis janvier 2014 et des discussions doivent se poursuivre sur ce sujet;
- la révision du programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques :
  le Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques découle d'une entente particulière et doit faire l'objet de discussions;
- les services dispensés pour les personnes en fin de vie, en maison de soins palliatifs ou à domicile, au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie (2014, c. 2), pour la médication orale solide.

Entente 2015-2018

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à _____ ce ____jour de_____2015.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Gaétan Barrette** | **Jean Thiffault** |
| Ministre | Président |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | Association québécoise des pharmaciens propriétaires |