



## MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 36

JUIN 2016

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

### SOMMAIRE

**NOTE :** Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par les modifications ainsi que les pages décalées

#### - INTRODUCTION

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [3](#)

#### - PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [2](#), [4](#), [6](#), [7](#), [9](#), [11](#) et [12](#)

- Modification des tarifs au 1<sup>er</sup> juillet 2015

**Page :** [13](#)

- Modification de la liste des centres locaux d'emploi par région

**Pages :** [14](#) à 21

#### - COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modifications des dates de l'entrée en vigueur de l'entente 2015-2018

**Pages :** [13](#) à 17, [19](#) à 21, [23](#) à 29, [45](#) à 47, [49](#), [51](#), [52](#), [55](#) à 61

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [5](#), [7](#) à 11, [17](#), [34](#), [38](#), [44](#), [55](#) à 61, [63](#) et [64](#)

- Modification, suppression ou ajout des messages d'erreur et des mesures à prendre

**Pages :** [83](#) à 106

- Ajout de la section 2.3.4.39 *Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament*

**Page :** [65](#)

- Ajout de la section 2.3.4.40 *Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques*

**Page :** [67](#)

- Ajout de la section 2.3.4.41 *Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation*  
**Page :** [69](#)
- Ajout de la section 2.3.4.42 *Nouvelles activités professionnelles non rémunérées*  
**Page :** [70](#)

#### - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

- Modification d'ordre administratif  
**Page :** [1](#)

#### - PAIEMENT

- Modifications d'ordre administratif  
**Pages :** [1](#) et [3](#)

#### - ENTENTE

- Modifications dans les articles  
**Pages :** [5](#), [7](#) à 9
- Modifications aux annexes II, III, IV, VI, VII et VIII
- Abrogation de la Règle 4  
**Pages :** [10](#), [12](#) à 26, [28](#), [29](#) et [31](#)
- Modifications administratives  
**Pages :** [2](#), [3](#), [13](#), [15](#), [16](#) et [18](#)
- Les lettres d'entente n<sup>os</sup> 1 et 4 sont reconduites
- Les lettres d'entente n<sup>os</sup> 3 et 5 sont abrogées
- Les lettres d'entente n<sup>os</sup> 2, 3, 5, 6, 7 et 8 sont introduites  
**Pages :** [32](#) à 37

#### - AUTRES PROGRAMMES

- Modifications d'ordre administratif et tarifaires  
**Pages :** [6](#), [11](#), [14](#) et [16](#)

#### - TARIF

- Ajout des nouveaux tarifs et libellés au 20 juin 2015  
**Pages :** [1](#), [8](#) et [9](#)
- Modifications d'ordre administratif  
**Pages :** [1](#) à 11

#### - MANUEL ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif  
**Page :** [1](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :  
164 / 2014-10-23, 221 / 2015-01-08, 235 / 2015-01-30, 266 / 2015-02-19, 288 / 2015-03-20,  
016 / 2015-04-21, 018 / 2015-04-22, 019 / 2015-04-23, 020 / 2015-04-24, 076 / 2015-06-30,  
081 / 2015-07-03, 120 / 2015-09-03, 139 / 2015-09-25, 237 / 2016-01-08, 260 / 2016-01-29,  
269 / 2016-02-05, 270 / 2016-02-05, 286 / 2016-02-18, 001 / 2016-04-01

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # corrections d'ordre administratif
  - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
  - S suppression de contenu administratif ou officiel
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-550-50022-3

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 



## VOUS AVEZ DES QUESTIONS?

QUESTIONS	ENDROITS OÙ VOUS RÉFÉRER
<b>1. Ordinateur - imprimante - logiciels (en pharmacie)</b>	
<p><b>L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>leur fonctionnement;</li> <li>leur utilisation;</li> <li>les modifications à y apporter;</li> <li>une communication qui ne peut être établie avec la Régie, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent.</li> </ul>	<p><b>Suivre les instructions de votre développeur de logiciel.</b></p>
<b>2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif</b>	
<p><b>Contribution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance - franchise - plafond).</li> </ul> <p><b>Demande de remboursement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée.</li> </ul> <p><b>Divers problèmes de communication interactive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc).</li> </ul> <p><b>Entente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour des explications sur l'Entente.</li> </ul> <p><b>États de compte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour des données sur les états de compte.</li> </ul> <p><b>Expertise pharmaceutique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique).</li> </ul> <p><b>Inscription</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments.</li> </ul> <p><b>Médicaments ou patients d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la « Mesure du patient d'exception » ou à un prestataire d'une aide financière de dernier recours.</li> </ul>	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>Par téléphone :</p> <p>Québec : 418 643-9025</p> <p>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427</p> <p>Des préposés répondent de :</p> <p># <b>lundi, mardi, jeudi et vendredi : 8 h 30 à 16 h 30</b> <b>mercredi : 9 h 30 à 16 h 30</b></p> <p>En dehors de ces périodes, un système de boîte vocale enregistre les messages et un préposé rappelle dès l'ouverture du Centre.</p>

QUESTIONS	ENDROITS OÙ VOUS RÉFÉRER
<b>2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)</b>	
<p><b>Message d'erreur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la Régie.</li> </ul> <p><b>Numéro d'assurance maladie (NAM)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour obtenir le NAM d'une personne assurée qui n'a pas sa carte en sa possession, s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans.</li> </ul>	
<b>3. Renseignements généraux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Commande de formulaires ou de publications (voir sous l'onglet <i>Manuel et formulaires</i>).</li> <li>Demande d'état de compte.</li> <li>Demande de remplacement de chèque.</li> <li>Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la Régie.</li> </ul>	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>Par téléphone : Québec : 418 643-9025</p> <p>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427</p>
<b>4. Consultation ou transmission de document</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens.</li> <li>Consultation dans Internet des publications et des infolettres de la Régie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numéros du télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418</li> <li>Adresse du courrier électronique : <b>services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca</b></li> <li>Adresse Internet : <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a></li> </ul>

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES .....	<b>1</b>
1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ .....	<b>1</b>
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie .....	<b>1</b>
1.1.1.1 Modèles de carte. ....	<b>2</b>
1.1.2 Description du carnet de réclamation .....	<b>4</b>
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments .....	<b>5</b>
1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES. ....	<b>6</b>
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie .....	<b>6</b>
1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides. ....	<b>6</b>
1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments .....	<b>7</b>
1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments (programme suspendu) .....	<b>7</b>
1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide .....	<b>7</b>
1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base .....	<b>7</b>
1.2.1.2-B Personnes âgées de moins de 65 ans non tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux. ....	<b>7</b>
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS .....	<b>7</b>
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose .....	<b>7</b>
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés .....	<b>8</b>
1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. ...	<b>8</b>
1.2.6 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie (suspendu le 3 octobre 2011). ....	<b>8</b>
1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE .....	<b>8</b>
1.3.1 Prestataires d'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation .....	<b>8</b>
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments .....	<b>10</b>
1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE .....	<b>11</b>
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée. ....	<b>11</b>
1.4.1.1 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est divisible .....	<b>11</b>
1.4.1.2 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible. ....	<b>12</b>
TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC .....	<b>13</b>
1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION .....	<b>14</b>
2. COMMUNICATION INTERACTIVE. ....	<b>1</b>
2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS .....	<b>1</b>
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE .....	<b>3</b>
2.2.1 Étapes .....	<b>3</b>
2.2.2 Transactions offertes .....	<b>4</b>

2.3	TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN . . . . .	5
2.3.1	Introduction . . . . .	5
2.3.2	Délai de facturation . . . . .	5
2.3.2.1	Facturation . . . . .	5
2.3.2.2	Correction de la facturation . . . . .	5
2.3.3	Données de facturation - cas régulier . . . . .	5
2.3.3.1	Identification de la personne . . . . .	6
2.3.3.2	Ordonnance et service professionnel . . . . .	7
# 2.3.4	Instructions de facturation pour les cas particuliers . . . . .	11
# 2.3.4.1	Médicament magistral . . . . .	11
# 2.3.4.2	Fournitures . . . . .	13
# 2.3.4.2.1	Fourniture de chambre d'espacement . . . . .	13
# 2.3.4.2.2	Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables . . . . .	14
# 2.3.4.3	Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant . . . . .	15
# 2.3.4.4	Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement . . . . .	16
# 2.3.4.5	Opinion pharmaceutique . . . . .	17
2.3.4.6	Service sur appel . . . . .	19
2.3.4.7	Initiation d'une pharmacothérapie . . . . .	20
2.3.4.8	Médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 . . . . .	21
2.3.4.9	Modification à la baisse de la durée du traitement . . . . .	22
2.3.4.10	Préparation de capsules placebo . . . . .	23
2.3.4.11	Préparation de capsules . . . . .	25
2.3.4.12	Préparation de sachets . . . . .	26
2.3.4.13	Mise en seringue d'insuline . . . . .	27
2.3.4.14	Pilule du lendemain . . . . .	28
2.3.4.15	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS . . . . .	30
2.3.4.16	Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose . . . . .	32
2.3.4.17	Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie . . . . .	34
2.3.4.18	Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle . . . . .	36
2.3.4.19	Pharmacien désigné contacté ou non-contacté . . . . .	37
2.3.4.20	Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif ou anticipé) . . . . .	38
2.3.4.21	Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité . . . . .	41
2.3.4.22	Dépassement de la quantité maximale journalière . . . . .	42
2.3.4.23	Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$ . . . . .	43
# 2.3.4.24	Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) . . . . .	44
2.3.4.25	Thérapie parentérale . . . . .	45
2.3.4.26	Mise en seringue de solution de chlorure de sodium . . . . .	47
2.3.4.27	Préparation de solution ophtalmique . . . . .	49
2.3.4.28	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence . . . . .	51
2.3.4.29	Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	52
2.3.4.30	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	53
# 2.3.4.31	Transmission d'un profil . . . . .	55
# 2.3.4.32	Demandes de dérogation pour inscription rétroactive . . . . .	56
# 2.3.4.33	Pilulier selon la règle 25 . . . . .	57
# 2.3.4.34	Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique . . . . .	58
# 2.3.4.35	Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive . . . . .	60
# 2.3.4.36	Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes . . . . .	61
# 2.3.4.37	Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible . . . . .	63
# 2.3.4.38	Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons) . . . . .	64
# 2.3.4.39	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament . . . . .	65
# 2.3.4.40	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques . . . . .	67
# 2.3.4.41	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation . . . . .	69
# 2.3.4.42	Nouvelles activités professionnelles non rémunérées . . . . .	70



	<i>Page</i>
# 2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie .....	71
# 2.3.5.1 Médicament d'exception .....	71
# 2.3.5.2 Mesure du patient d'exception .....	72
# 2.3.5.3 Considération spéciale .....	73
# 2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée .....	74
# 2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement .....	75
#2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN .....	76
#2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER .....	77
#2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER .....	78
#2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE .....	79
#2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE .....	80
3. DEMANDE DE REMBOURSEMENT .....	1
3.1 GUIDE DE RÉDACTION DE LA PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN .....	1
3.1.1 Généralités .....	1
3.1.2 Formulaire <i>Demande de remboursement à la personne assurée (3621)</i> .....	2
4. PAIEMENT .....	1
4.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
4.3 ÉTAT DE COMPTE .....	2
4.3.1 Description .....	3
4.3.1.1 Renseignements généraux .....	3
4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction .....	3
4.3.1.3 Sommaire .....	4
4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée .....	4
4.3.2 Vérification des paiements .....	4
4.3.3 Règlement des demandes de paiement .....	4
4.3.3.1 Demande de paiement autorisée .....	4
4.3.3.2 Demande de paiement annulée .....	4
4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée .....	4
4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation .....	4
4.3.3.5 Délai pour demander une révision .....	4
4.3.4 Codes de transaction .....	5
5. ENTENTE .....	1
(voir la table des matières spécifique à cette partie)	
6. AUTRES PROGRAMMES .....	1
6.1 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MTS .....	1
6.2 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ...	3
6.3 MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS .....	5
6.4 PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT .....	8
6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE .....	10

	<i>Page</i>
6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES .....	<b>12</b>
6.7 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDÉMIE .....	<b>15</b>
7. TARIF .....	<b>1</b>
7.1 TARIFS ÉTABLIS DANS L'ANNEXE III DE L'ENTENTE .....	<b>1</b>
7.2 CODES DE SERVICE ADMINISTRATIFS .....	<b>10</b>
8. MANUEL ET FORMULAIRES .....	<b>1</b>
8.1 MANUEL .....	<b>1</b>
# 8.1.1 Manuel sur le site Web .....	<b>1</b>
8.1.2 Manuel papier et commande .....	<b>1</b>
8.1.3 Liste des manuels destinés aux pharmaciens .....	<b>1</b>
8.2 FORMULAIRES .....	<b>1</b>
# 8.2.1 Formulaires sur le site Web .....	<b>1</b>
8.2.2 Formulaires papier .....	<b>1</b>
8.2.3 Commande .....	<b>1</b>

## 1. PERSONNES ASSURÉES

Pour savoir s'il peut facturer le coût d'une ordonnance à la Régie dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, le pharmacien doit demander les renseignements suivants à son client :

### A) S'agit-il d'une des quatre situations suivantes?

- # - service pharmaceutique couvert par la CNESST?
- service pharmaceutique couvert par la SAAQ?
- service pharmaceutique pour un autochtone?
- service pharmaceutique pour une personne hospitalisée ou hébergée dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) public ou privé conventionné?
- # - service pharmaceutique pour les demandeurs d'asile dont les médicaments sous ordonnance sont couverts par le gouvernement fédéral dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)?  
**Si oui**, la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.  
**Si non**, passer à B).

### # B) Le client détient-il un carnet de réclamation valide ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide?

**Si oui**, le carnet de réclamation porte-t-il la mention « **Carte assurance maladie requise** » (il s'agit de certains revendicateurs du statut de réfugié couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire)?

- **Si oui**, vérifier la validité de la carte d'assurance maladie
  - valide : remplir une demande de paiement et transmettre en mode interactif à la Régie;
  - non valide : la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.
- **Si non**, remplir une demande de paiement et la transmettre en mode interactif à la Régie.

Si le client n'a pas de carnet, ni preuve temporaire d'admissibilité, passer à C).

### # C) Le client détient-il un contrat d'assurance collective de base ou un régime d'avantages sociaux de base?

- Si oui**, la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.  
**Si non**, passer à D).

### D) Le client est-il inscrit à la Régie?

- Si oui**, remplir une demande de paiement et transmettre en mode interactif à la Régie.  
**Si non**, voir la section 1.3.2 au point 2).

## 1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Pour recevoir des services pharmaceutiques assurés par la Régie, toute personne admissible au régime public d'assurance médicaments du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie et/ou un carnet de réclamation **valides** ou encore une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

### 1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Prénom usuel et nom de famille à la naissance;
3. Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
4. Date d'expiration de la carte;
5. Date de naissance et le sexe;
6. Photographie/signature;
7. Hologramme et code à barres.

## 1.1.1.1 Modèles de carte

Différents modèles de carte (avec hologramme) peuvent être présentés. Il est important de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

# Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

## a) AVEC photo et signature



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

## b) SANS photo et SANS signature



Cette carte est émise dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour une raison d'ordre médical.

c) **SANS photo, AVEC signature**

Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour une raison d'ordre médical.

d) **AVEC photo, SANS signature**

Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour une raison d'ordre médical.

## 1.1.2 Description du carnet de réclamation

The image shows a 'Carnet de réclamation' form with the following fields and labels:

- 1**: Numéro de dossier
- 2**: Nom du ou de la prestataire
- 3**: Du } Au } (Validité)
- 4**: Message
- 5**: Chez tous les pharmaciens
- 6**: Si non, chez le pharmacien désigné ci-dessous.
- 7**: Soins dentaires couverts
- 8**: Référence
- 9**: Enfants à charge
- 10**: Numéro de carnet (Signature)

Additional text on the form includes: 'Emploi Québec', 'Pilier 1', 'Pilier 2', 'Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale', 'SR-0009 (01-2007)', and 'A-00000000'. A large red 'Spécimen' watermark is overlaid on the form.

Le carnet de réclamation comporte deux volets contenant les éléments suivants :

**A) Volet de gauche :**

- #
1. Numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères);
  2. Prénom usuel, nom de famille à la naissance;
  3. Période de validité (1 mois pour les prestataires réguliers);
  4. Message (renseignements particuliers, s'il y a lieu), telles les mentions « carte assurance maladie requise », « gratuité des médicaments », etc.;
  5. Chez tous les pharmaciens  
(**oui** = n'importe quel pharmacien; services pouvant être rendus par tous les pharmaciens (depuis 2005, toujours oui))  
(**non** = pharmacien désigné seulement; services rendus seulement par le pharmacien désigné);
  6. Pharmacien désigné = nom et adresse du pharmacien désigné (toujours champ vide);
  7. Soins dentaires couverts = case spécifique aux services dentaires.

**B) Volet de droite :**

8. Numéro d'assurance maladie du prestataire et du conjoint (s'il y a lieu);
9. Numéro d'assurance maladie des enfants à charge, (s'il y a lieu);
10. Signature obligatoire du prestataire.

## 1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments



Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

À faire	FA S M E	Année	Mois	Jour	(3)	(4)	Année	Mois	Jour	(5)
		Remplie le			Numéro du CLE	Numéro du dossier				Date d'admissibilité <i>(Voir note ci-dessous)</i>

Nom et adresse de la personne visée

(1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de la personne visée

(6) \_\_\_\_\_

La personne visée est-elle un enfant à charge?

Oui  Non

(7)

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale atteste que la personne mentionnée ci-dessus est admissible aux médicaments selon les conditions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments concernant les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

**NOTE**  
Cette preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments est valide pour cette seule ordonnance et à partir de la date d'admissibilité indiquée plus haut.

(8) \_\_\_\_\_

Date

(9) \_\_\_\_\_

Signature de l'agent ou l'agente d'aide socio-économique

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale**

SR-0102 (06-2007)

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

1. Nom et adresse du requérant;
2. Date à laquelle le formulaire est rempli;
3. Numéro du Centre local d'emploi;
4. Numéro du dossier émis par le Centre local d'emploi;
5. Date d'admissibilité aux médicaments;
6. Numéro d'assurance maladie de la personne à qui le service pharmaceutique est destiné;
7. Texte informatif;
8. Date de délivrance de la preuve;
9. Signature de l'agent d'aide socio-économique.

**Remarque :** La preuve temporaire d'admissibilité est valide pour plusieurs médicaments, mais ne concerne qu'une seule ordonnance et elle ne doit être utilisée que durant le mois courant.

Le pharmacien doit conserver ce document pour répondre aux demandes de renseignements de la Régie, le cas échéant.

MAJ 36 / juin 2016 / 99

5

## 1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES

### 1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie

Est couverte par la Régie dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, toute personne qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Cette personne doit être dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie et doit présenter au pharmacien une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides. La Régie assume la couverture des personnes admissibles suivantes :

- toute personne âgée de 65 ans ou plus qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel;
- # - toute personne ou toute famille qui reçoit des prestations d'aide financière de dernier recours et qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de 60 ans et de moins de 65 ans qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de moins de 65 ans qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective de base ou un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou qui n'est pas bénéficiaire des garanties prévues par un tel régime;
- toute personne âgée de moins de 18 ans domiciliée chez une personne admissible qui exerce envers elle l'autorité parentale;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, sans conjoint, étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, atteinte d'une déficience décrite à l'article 11.1 du Règlement sur l'assurance médicaments, étudiant à temps partiel dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle décrite à l'article 5 du Règlement sur l'assurance médicaments, ne recevant aucune aide financière de dernier recours, domiciliée chez une personne admissible qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Un tableau indiquant le montant de la franchise mensuelle, la coassurance et la contribution maximale mensuelle pour les différentes catégories de personnes assurées est présenté à la fin de la section 1.4 du présent onglet.

#### 1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides

Le prestataire d'une aide financière de dernier recours prévu à la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale et sa famille sont admissibles au régime public d'assurance médicaments et couverts par la Régie si le prestataire détient un **carnet de réclamation valide** à la date de service.

De même, toute personne de 60 ans ou plus et de moins de 65 ans qui est admissible à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation aurait droit à un programme d'assistance-emploi prévu à ladite loi, doit détenir un **carnet de réclamation valide** à la date de service.

Afin de permettre au pharmacien d'obtenir tout renseignement sur l'admissibilité aux médicaments de ces catégories de prestataires ou d'orienter toute personne désireuse d'obtenir des renseignements à ce sujet, la liste des directions régionales et des Centres locaux d'emploi paraît à la section 1.5.

**Remarque :** Avant de fournir un médicament ou un service, il est important de vérifier :

- 1- la période de validité du carnet de réclamation afin de déterminer si la personne est couverte par la Régie à la date de service;
- 2- si le numéro d'assurance maladie de la personne figure sur le volet de droite du carnet de réclamation;
- 3- si la personne assurée est tenue de se procurer ses médicaments auprès d'un pharmacien désigné.
- 4- si le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise ».



**1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments**

Les personnes détenant une **preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments** peuvent recevoir des médicaments pour une ordonnance donnée, selon les modalités décrites au point 1.2.1.1.

- # La date à partir de laquelle la prescription est couverte est spécifiée sur la preuve délivrée par un agent d'aide socio-économique d'un Centre local d'emploi du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

**1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments (programme suspendu)**

Il s'agit des personnes qui sont prestataires d'une aide financière de dernier recours, détenant un carnet de réclamation délivré suivant les articles 70 et 71 de la Loi sur l'assurance maladie et qui sont assignées à un pharmacien désigné (mention : NON à toutes les pharmacies) sur le carnet de réclamation.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.3 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.18 pour les instructions de facturation.

**1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide****1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base**

Pour être admissible au régime public d'assurance médicaments, la personne âgée de 65 ans ou plus doit détenir une **carte d'assurance maladie valide**.

S

Si elle adhère à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux de base pour ses médicaments, elle ne peut se prévaloir du régime public d'assurance médicaments administré par la Régie.

**1.2.1.2-B Personnes âgées de moins de 65 ans non tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux**

*Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments*

Toute personne qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel est admissible au régime public d'assurance médicaments administré par la Régie. Cependant, la personne et les personnes à sa charge doivent s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour bénéficier du régime public d'assurance médicaments.

*Personnes admissibles mais non inscrites au régime public d'assurance médicaments*

La personne admissible mais non inscrite au régime public d'assurance médicaments doit payer elle-même le coût des médicaments et des services professionnels. Le pharmacien remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie. La personne doit s'inscrire auprès de la Régie (Pour renseignements complémentaires, voir la section 1.3.2).

**1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS**

Toute personne résidant au Québec, qui est inscrite au régime d'assurance maladie et qui présente une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs médicaments énumérés à l'*Addenda de la Liste de médicaments* prescrits pour le traitement d'une maladie transmise sexuellement.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.1 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.15 pour les instructions de facturation.

**1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose**

Toute personne résidant au Québec, qui est inscrite au régime d'assurance maladie et qui présente une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs médicaments énumérés à l'*Addenda de la Liste de médicaments* prescrits pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.2 pour l'Entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.16 pour les instructions de facturation.

### 1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés

Ce programme s'adresse aux résidents du Québec, âgés de 65 ans ou plus, qui sont inscrits à la Régie et détiennent une carte d'assurance maladie ou un carnet de réclamation valides. De plus, ils doivent être inscrits à ce programme auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces personnes sont exemptées de la contribution relative au coût des services professionnels et pharmaceutiques qui lui sont fournis.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.4 pour l'entente particulière.

### 1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

Ce programme s'adresse à toute femme ayant besoin d'avoir recours à la contraception orale d'urgence qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente une carte d'assurance maladie ou un carnet de réclamation valide.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.5 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.28 pour les instructions de facturation.

### 1.2.6 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie (suspendu depuis le 3 octobre 2011)

Ce programme s'adresse à toute personne atteinte d'un virus pandémique de la grippe, qui réside au Québec et qui présente une carte d'assurance maladie ou un carnet de réclamation valides.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.7 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.17 pour les instructions de facturation.

## 1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Pour la personne qui détient un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, **la présentation du carnet ou de la preuve valide est obligatoire**. Son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet ou de la preuve présentés, selon les indications énumérées à la section 1.3.1.

Pour la personne âgée de 65 ans ou plus et pour toute autre personne couverte par la Régie qui n'a pas de carnet de réclamation ou de preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, **la présentation de la carte d'assurance maladie valide est obligatoire**. Son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements de la carte d'assurance maladie selon les indications énumérées à la section 1.3.2.

S'il s'agit d'un bénéficiaire du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose ou du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet de réclamation, de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments ou de la carte d'assurance maladie valides. (voir les sections 2.3.4.15, 2.3.4.16 et 2.3.4.28 sous l'onglet *Communication interactive*).

### 1.3.1 Prestataires d'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation

La partie du **carnet de réclamation** réservée à l'identification du détenteur et des personnes à sa charge s'il y a lieu, est décrite à la section 1.1.2. C'est à partir du carnet de réclamation valide que le pharmacien remplit la section *Identification de la personne assurée* de la demande de paiement.

#### 1) LE DÉTENTEUR PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

##### a) La date de service est antérieure à la date de fin de validité du carnet

Le pharmacien remplit la section relative à l'identification du détenteur de carnet sur la demande de paiement (voir la section 2.3.3 *Données de facturation - cas régulier - section C* sous l'onglet *Communication interactive*).

##### b) La date de service est postérieure à la date de fin de validité du carnet

Le carnet de réclamation est périmé et le pharmacien doit déterminer si le coût de l'ordonnance peut être facturé à la Régie. Pour ce faire, se reporter au début du présent onglet.

##### c) Le carnet de réclamation comporte la mention « carte ass. maladie requise »

Dans ce cas, le pharmacien doit vérifier si le détenteur du carnet possède une carte d'assurance maladie valide à la date de service. Dans le cas contraire, le détenteur du carnet n'est pas admissible au régime public d'assurance médicaments et doit payer le coût de ses médicaments.

# 2) **LE DÉTENTEUR DU CARNET DE RÉCLAMATION EST VISÉ PAR LE MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS (SUSPENDU DEPUIS JUIN 2005) :**

Un détenteur de carnet ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments et qui est soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments doit obligatoirement s'adresser au pharmacien désigné, pour obtenir les services pharmaceutiques assurés en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments. Dans ce cas, le détenteur doit obligatoirement présenter son carnet de réclamation valide sur lequel figurent l'indicateur de contrôle « **chez tous les pharmaciens = non** » de même que le nom et l'adresse du pharmacien désigné.

Pour agir à titre de pharmacien désigné, le pharmacien reçoit une rémunération mensuelle de 20 \$ pour le mois ou la partie de mois, et ce, pour chaque détenteur de carnet soumis au mécanisme de surveillance (Pour les instructions de facturation de la rémunération mensuelle, voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet *Communication interactive*).

De façon exceptionnelle et lors de situations urgentes, un pharmacien autre que celui qui est désigné peut dispenser des services pharmaceutiques en vertu d'une ordonnance. Les modalités d'application sont précisées à la **Règle 26 de l'Annexe II de l'Entente** (Pour les instructions de facturation, voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet *Communication interactive*).

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.3 pour l'entente particulière.

# 3) **LA PERSONNE PRÉSENTE UNE PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ ÉMISE PAR LE MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE :**

La preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments est décrite à la section 1.1.3.

Après s'être assuré de la validité de la preuve à la date de service, le pharmacien **remplit une demande de paiement, à partir des renseignements inscrits sur le document présenté, indique le code d'intervention ou d'exception correspondant à la situation et transmet la demande par communication interactive** (voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet *Communication interactive* pour connaître les renseignements à fournir dans ce cas).

4) **LE DÉTENTEUR NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :**

**a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) non inscrit sur le carnet de réclamation**

Le pharmacien inscrit les renseignements suivants sur la demande de paiement :

- le numéro d'assurance maladie et le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie de l'un des parents inscrits sur le carnet;

**valeur**

- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an; . . . . . 2

- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;
- le prénom du nouveau-né;
- la date de naissance du nouveau-né (AAAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

**b) Il s'agit d'une personne de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans qui n'a pas le carnet de réclamation de l'un de ses parents**

Le pharmacien **appelle le Centre de support aux pharmaciens de la Régie** pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

**c) Il s'agit d'un détenteur de carnet de réclamation qui est dans un état requérant des services urgents**

Le pharmacien **appelle le Centre de support aux pharmaciens de la Régie** pour identifier le détenteur du carnet à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance, du sexe afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

**d) Dans tous les autres cas**

Le détenteur du carnet doit présenter sa carte d'assurance maladie valide. Le pharmacien remplit l'identification de la personne assurée sur la demande de paiement (voir la section 2.3.3 *Données de facturation - cas régulier - section C* sous l'onglet *Communication interactive*). Si la carte d'assurance maladie est invalide, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.1 sous l'onglet *Demande de remboursement*).

**1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments****1) LA PERSONNE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

Si la personne présente la carte d'assurance maladie avec photo, le pharmacien doit vérifier si cette carte est bien la sienne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. **Dans le cas contraire**, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. **Le pharmacien ne doit pas remettre à la personne le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621).**

Quel que soit le modèle de carte présentée, celle-ci doit être **valide**.

**a) La date de service est antérieure à la date d'expiration de la carte**

Le pharmacien remplit la section relative à l'identification de la personne assurée sur la demande de paiement (voir la section 2.3.3 *Données de facturation - cas régulier - Section C* sous l'onglet *Communication interactive*).

**b) La date de service est postérieure à la date d'expiration de la carte**

Dans ce cas, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.1 sous l'onglet *Demande de remboursement*). De plus, le pharmacien lui conseille de régulariser sa situation auprès de la Régie.

**2) LA PERSONNE EST ADMISSIBLE À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS MAIS N'Y EST PAS INSCRITE :**

La personne doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**. Après avoir vérifié auprès d'elle qu'elle ne détient pas de contrat d'assurance collective de base ou de régime d'avantages sociaux de base lié à un emploi ancien ou actuel, le pharmacien l'informe qu'elle doit s'inscrire auprès de la Régie pour être couverte. Dans ce cas, elle doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.1 sous l'onglet *Demande de remboursement*).

Toutefois, si la personne s'inscrit à la Régie, le pharmacien peut transmettre une demande de paiement **pourvu que les services aient été rendus dans les 3 mois précédant son inscription** et qu'elle ait été admissible pendant cette période.

**3) LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :****a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) sans numéro d'assurance maladie**

Le pharmacien inscrit les renseignements suivants sur la demande de paiement :

- le numéro d'assurance maladie et le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie de l'un des parents;

**valeur**

- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an; . . . . . 2

- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;

- le prénom du nouveau-né;

- la date de naissance du nouveau-né (AAAAMMJJ);

- le sexe du nouveau-né.

**b) Il s'agit d'une personne de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans**

Le pharmacien appelle le **Centre de support aux pharmaciens** de la Régie pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

**c) Il s'agit d'une personne qui est dans un état requérant des services urgents**

Le pharmacien appelle le **Centre de support aux pharmaciens** de la Régie pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

**d) Dans tous les autres cas**

La personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien et régulariser sa situation auprès de la Régie, s'il y a lieu. Ce dernier remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.1 sous l'onglet *Demande de remboursement*).

## 1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

Certaines catégories de personnes assurées au régime public d'assurance médicaments doivent payer une contribution. Cette contribution est calculée sur une base mensuelle et prend la forme d'une franchise et d'une coassurance.

- La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments. En règle générale, la personne assurée paie une franchise entièrement lorsqu'elle fait exécuter sa première ordonnance du mois.
- La coassurance est une portion du coût des médicaments qu'elle doit verser une fois la franchise payée. Ainsi, quand le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne assurée doit payer un pourcentage sur la différence.
- La contribution maximale est le montant maximal que la personne assurée peut être appelée à payer chaque mois pour obtenir ses médicaments. Ce montant comprend la franchise et la coassurance. Une fois celui-ci atteint, aucune contribution n'est perçue pour obtenir les médicaments assurés jusqu'à la fin du mois, sauf s'il s'agit d'une ordonnance renouvelée par anticipation ou s'il s'agit de l'exécution d'une ordonnance de longue durée.

Lorsque la personne assurée renouvelle une ordonnance par anticipation, si la date prévue de son renouvellement se trouve dans le mois suivant, elle doit payer la franchise et la coassurance du mois suivant. La contribution sera établie comme si le renouvellement avait eu lieu le mois suivant (pour les détails de la méthode de calcul de la date prévue de renouvellement et de la notion du renouvellement anticipé, se référer à l'onglet *Communication interactive*, point 2.3.4.20).

De plus, lorsqu'on exécute une ordonnance de longue durée, la personne assurée doit payer autant de fois la franchise et la coassurance qu'il y a de mois compris dans la durée de traitement de l'ordonnance (pour plus de détails, se référer au point 1.4.1 suivant).

### 1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée

#### 1.4.1.1 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est divisible

Pour toute ordonnance dont la durée de traitement excède 31 jours, la Régie calcule une contribution pour chacune des périodes de 31 jours (ou moins lorsque le quotient n'est pas un multiple de 31 jours) couvertes par la durée de traitement de cette ordonnance.

#### Exemple :

# Personne de plus de 65 ans sans SRG (Contribution maximale mensuelle : 85,75 \$)

1<sup>er</sup> service à vie pour un médicament prescrit pour 90 jours

Coût total de l'ordonnance : 150,00 \$ (montant du médicament + montant du service)

Mois du service : février

#### a) Détermination du nombre de périodes de 31 jours couvertes par l'ordonnance de longue durée :

Durée totale de l'ordonnance divisée par 31 jours = nombre de périodes de 31 jours et fraction de période de 31 jours (le cas échéant)

90 jours divisé par 31 = 2 périodes de 31 jours et une de 28 jours

#### b) Détermination du coût de traitement attribuable à chacune des 3 périodes établies à l'étape précédente :

Coût de traitement par période de 31 jours = coût total de l'ordonnance divisé par la durée totale de traitement x 31 jours.

Coût de traitement pour la dernière période = coût total de l'ordonnance moins le coût calculé des deux périodes précédentes.

Coût de la première période de 31 jours	: 150,00 \$ divisé par 90 jours x 31 jours	=	51,67 \$
Coût de la deuxième période de 31 jours	: 150,00 \$ divisé par 90 jours x 31 jours	=	51,67 \$
Coût de la dernière période	: 150,00 \$ moins (51,67 \$ x 2 = 103,34 \$)	=	46,66 \$
<b>Coût total de l'ordonnance</b>			<b>150,00 \$</b>

# **c) Détermination de la contribution totale à payer pour les 3 périodes visées par l'ordonnance (franchise mensuelle de 18,00 \$ et coassurance de 34 %) à partir du coût de traitement de chaque période :**

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 \$	18,00 \$	11,45 \$	29,45 \$
#	Mars	51,67 \$	18,00 \$	11,45 \$	29,45 \$
#	Avril	46,66 \$	18,00 \$	9,74 \$	27,74 \$
#		<b>Contribution totale à percevoir</b>			<b>86,64 \$</b>

**1.4.1.2 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible**

Pour toute ordonnance de longue durée dont la durée de traitement excède 31 jours et impliquant un médicament dont le format est indivisible, si un seul format est facturé, une seule contribution sera calculée, et ce, peu importe la durée de traitement couverte par ce format tout en ne dépassant pas 365 jours.

Par contre, s'il s'agit d'un multiple de formats, la Régie déterminera le nombre de contributions à percevoir en fonction du nombre de formats dispensés et de la durée de traitement couverte par un seul format.

À titre d'exemple, une ordonnance pour 2 formats de Budesonide vaporisateur permettant de couvrir 82 jours de traitement, la Régie calculera une première contribution pour le 1<sup>er</sup> format et une deuxième contribution qui s'appliquerait 41 jours plus tard pour le 2<sup>e</sup> format.

#

<b>TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC</b>				
<b>Catégories de personnes</b>	<b>Franchise mensuelle (à partir du 01/07/2015)</b>	<b>Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2015)</b>	<b>Contribution maximale (à partir du 01/07/2015)</b>	<b>Prime<sup>1</sup> à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2015)</b>
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Prestataire d'une aide financière de dernier recours (détenteur d'un carnet de réclamation)	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du SRG <sup>2</sup> maximal	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG <sup>2</sup> maximal (SRG <sup>2</sup> partiel)	18,00 \$	34 %	51,83 \$ / mois 622 \$ / année	0 à 640 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG <sup>2</sup>	18,00 \$	34 %	85,75 \$ / mois 1 029 \$ / année	0 à 640 \$ par personne
Adhérents adultes	18,00 \$	34 %	85,75 \$ / mois 1 029 \$ / année	0 à 640 \$ par personne

1 Le montant de la prime à payer est établi en fonction du revenu de la personne assurée

2 SRG : Supplément de revenu garanti

**1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION  
SOMMAIRE**

<i>N° de la région</i>	<i>Page</i>
<b>01.</b> Bas-Saint-Laurent . . . . .	<b>15</b>
<b>02.</b> Saguenay-Lac-St-Jean . . . . .	<b>15</b>
<b>03.</b> Capitale-Nationale . . . . .	<b>15</b>
<b>04.</b> Mauricie . . . . .	<b>16</b>
<b>05.</b> Estrie . . . . .	<b>16</b>
<b>06.</b> Montréal . . . . .	<b>16</b>
<b>07.</b> Outaouais . . . . .	<b>17</b>
<b>08.</b> Abitibi-Témiscamingue . . . . .	<b>17</b>
<b>09.</b> Côte-Nord . . . . .	<b>18</b>
<b>10.</b> Nord-du-Québec . . . . .	<b>18</b>
<b>11.</b> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine . . . . .	<b>18</b>
<b>#12.</b> Chaudière-Appalaches . . . . .	<b>18</b>
<b>13.</b> Laval . . . . .	<b>19</b>
<b>14.</b> Lanaudière . . . . .	<b>19</b>
<b>#15.</b> Laurentides . . . . .	<b>19</b>
<b>16.</b> Montérégie . . . . .	<b>20</b>
<b>#17.</b> Centre-du-Québec . . . . .	<b>20</b>



**01. RÉGION DU BAS-ST-LAURENT****DIRECTION RÉGIONALE****Bas-Saint-Laurent**

287, rue Pierre-Saindon, bureau 103  
Rimouski QC G5L 9A7  
Tél. : 418 723-5677 ou 1 866 943-7783

**CENTRES LOCAUX****Amqui**

49, boulevard Saint-Benoît Est  
Amqui QC G5J 2B8  
#Tél. : 418 629-2225 ou 1 844 674-6208

**La Pocatière**

161, route 230 Ouest  
bureau 600  
La Pocatière QC G0R 1Z0  
Tél. : 418 856-2752 ou 1 800 567-3036

**Matane**

750, avenue du Phare Ouest  
bureau 205  
Matane QC G4W 3W8  
Tél. : 418 562-0893

**Mont-Joli**

42, rue Doucet, 1<sup>er</sup> étage  
Mont-Joli QC G5H 1R4  
#Tél. : 418 775-7246 ou 1 855 650-5915

**Rimouski-Neigette**

337, rue Moreault  
1<sup>er</sup> étage  
Rimouski QC G5L 1P4  
Tél. : 418 727-3661 ou 1 800 463-0728

**Rivière-du-Loup**

385A, rue Lafontaine  
Rivière-du-Loup QC G5R 3B5  
Tél. : 418 862-7236 ou 1 800 567-1709

**Témiscouata**

4, rue de la Gare  
Témiscouata-sur-le-Lac QC G0L 1E0  
Tél. : 418 854-2544 ou 1 800 463-4709

**Trois-Pistoles**

634, rue Richard  
Trois-Pistoles QC G0L 4K0  
Tél. : 418 851-1432 (frais virés acceptés)

**02. RÉGION DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN****DIRECTION RÉGIONALE****Saguenay-Lac-St-Jean**

210, rue des Oblats Ouest  
Chicoutimi QC G7J 2B1  
Tél. : 418 549-0595 ou 1 800 463-9641

**CENTRES LOCAUX****# Alma**

725, rue Harvey Ouest, 2<sup>e</sup> étage  
Alma QC G8B 1P5  
Tél. : 418 668-5281 ou 1 800 668-5281

**Chicoutimi**

237, rue Riverin  
Chicoutimi QC G7H 7W7  
Tél. : 418 698-3592 ou 1 800 267-3592

**# Dobleau-Mistassini**

1500, rue des Érables  
Dolbeau-Mistassini QC G8L 2W7  
Tél. : 418 276-3560 ou 1 800 268-3560

**Jonquière**

3885, boulevard Harvey  
Place St-Michel, 3<sup>e</sup> étage  
Jonquière QC G7X 9B1  
Tél. : 418 695-7898 ou 1 800 567-9262

**La Baie**

782, rue Victoria  
La Baie QC G7B 3M7  
Tél. : 418 544-3378

**Roberval**

755, boulevard St-Joseph, 1<sup>er</sup> étage  
bureau 213  
Roberval QC G8H 2L4  
Tél. : 418 275-5442 ou 1 800 567-7493

**03. RÉGION CAPITALE-NATIONALE****DIRECTION RÉGIONALE****Capitale-Nationale**

2500, boulevard Montmorency  
bureau 301  
Québec QC G1J 5C7  
Tél. : 418 643-6875 ou 1 800 463-5947

**CENTRES LOCAUX****Baie-Saint-Paul**

915, boulevard Monseigneur-de-Laval  
Baie-St-Paul QC G3Z 1A2  
Tél. : 418 435-5590

**Beauport**

773, avenue Royale, 1<sup>er</sup> étage  
Québec QC G1E 1Z1  
Tél. : 418 646-3350 ou 1 800 839-7876

**Charlesbourg**

8000, boulevard Henri-Bourassa, 2<sup>e</sup> étage  
Québec QC G1G 4C7  
Tél. : 418 644-1266

**Côte-de-Beaupré**

9104, boulevard Sainte-Anne  
Sainte-Anne-de-Beaupré QC G0A 3C0  
Tél. : 418 827-6730

**Des Quartiers-Historiques**

400, boulevard Jean-Lesage, hall ouest  
bureau 40  
Québec QC G1K 8W1  
Tél. : 418 643-3300

**La Malbaie**

21, rue Patrick-Morgan  
C.P. 338  
La Malbaie QC G5A 1T8  
Tél. : 418 665-4491 ou 1 800 567-8004

**Portneuf**

100, Route 138  
bureau 220  
Donnacona QC G3M 1B6  
Tél. : 418 285-2622 ou 1 800 463-3886

**Sainte-Foy**

1020, route de l'Église, 4<sup>e</sup> étage  
Québec QC G1V 5A7  
Tél. : 418 646-8066

**04. RÉGION DE LA MAURICIE****DIRECTION RÉGIONALE****Mauricie**

225, rue des Forges  
# bureau 350  
Trois-Rivières QC G9A 5Z5  
Tél. : 819 371-4945 ou 1 800 567-7959

**CENTRE LOCAUX****Grand-Mère**

401, 5<sup>e</sup> Avenue, 1<sup>er</sup> étage  
bureau 10  
Grand-Mère QC G9T 2M3  
Tél. : 819 538-0762 ou 1 800 263-9829

**La Tuque**

655, rue Desbiens  
# La Tuque QC G9X 2K2  
Tél. : 819 523-9541 ou 1 800 567-4449

**Louiseville**

511, rue Marcel  
Louiseville QC J5V 1N1  
Tél. : 819 228-9465 ou 1 800 567-7635

**Sainte-Geneviève-de-Batiscan**

213, rue de l'Église  
Ste-Geneviève-de-Batiscan QC G0X 2R0  
Tél. : 418 362-2850 ou 1 877 833-3224

**Sainte-Thècle**

301, rue St-Jacques  
bureau 101  
Sainte-Thècle QC G0X 3G0  
# Tél. : 418 289-2405 ou 1 877 314-8152

**Shawinigan**

# 212, 6<sup>e</sup> Rue de la Pointe, bureau 1.17  
Shawinigan QC G9N 8M5  
Tél. : 819 536-2601 ou 1 800 663-3059

**Trois-Rivières**

# 225, rue des Forges  
# bureau 300  
Trois-Rivières QC G9A 6N4  
Tél. : 819 371-6880 ou 1 800 668-6538

**05. RÉGION DE L'ESTRIE****DIRECTION RÉGIONALE****Estrie**

70, rue King Ouest  
bureau 400  
Sherbrooke QC J1H 0G6  
Tél. : 819 569-9761 ou 1 866 283-1114

**CENTRES LOCAUX****Asbestos**

597, boulevard Simoneau  
Asbestos QC J1T 4G7  
Tél. : 819 879-7141 ou 1 800 205-7141

**Coaticook**

29, rue Main Est  
bureau 201  
Coaticook QC J1A 1N1  
Tél. : 819 849-7080 ou 1 877 324-4056

**East Angus**

120, rue Angus Nord  
East Angus QC JOB 1R0  
Tél. : 819 832-2403 ou 1 800 363-1539

**Lac-Mégantic**

# 5400, rue Papineau, Complexe C  
Lac-Mégantic QC G6B 0B9  
Tél. : 819 583-1500 ou 1 800 567-0632

**Magog**

1700, rue Sherbrooke  
# bureau 100  
Magog QC J1X 5B4  
Tél. : 819 843-6588 ou 1 800 363-4531

**Sherbrooke**

70, rue King Ouest  
bureau 100  
Sherbrooke QC J1H 0G6  
Tél. : 819 820-3411 ou 1 800 268-3411

**Windsor**

5, rue des Sources  
bureau 110  
Windsor QC J1S 2X3  
Tél. : 819 845-2717 ou 1 800 563-9127

**06. RÉGION DE MONTRÉAL****DIRECTION RÉGIONALE****Montréal**

276, rue Saint-Jacques O, Mezzanine  
Montréal QC H2Y 1N3  
Tél. : 514 725-5221

**CENTRES LOCAUX****Ahuntsic**

10520, boulevard de l'Acadie  
Montréal QC H4N 1L9  
Tél. : 514 872-4949

**Côte-des-Neiges**

6655, chemin de la Côte-des-Neiges  
3<sup>e</sup> étage  
Montréal QC H3S 2B4  
Tél. : 514 872-6530

**Hochelaga-Maisonneuve**

4427, rue De Rouen  
Montréal QC H1V 1H1  
Tél. : 514 872-3100

**LaSalle**

2212, avenue Dollard, 2<sup>e</sup> étage  
LaSalle QC H8N 1S6  
Tél. : 514 365-4543

**Mercier**

6690, rue Sherbrooke Est  
bureau 200  
Montréal QC H1N 3W3  
Tél. : 514 872-4747

**Montréal-Nord**

5872, boulevard Léger  
bureau 200  
Montréal-Nord QC H1G 6N5  
Tél. : 514 321-5665

**Ouest-de-l'île**

1000, boulevard Saint-Jean, 4<sup>e</sup> étage  
Pointe-Claire QC H9R 5Y8  
Tél. : 514 694-9494

**Parc-Extension**

7077, avenue du Parc  
bureau 101  
Montréal QC H3N 1X7  
Tél. : 514 872-3188

**Plateau Mont-Royal**

5105, avenue de Gaspé, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal QC H2T 0A1  
Tél. : 514 872-4922

**Pointe Saint-Charles**

2175, rue Saint-Patrick  
bureau 300  
Montréal QC H3K 1B4  
Tél. : 514 872-6426

**Rosemont-Petite-Patrie**

5656, rue d'Iberville, Rez-de-chaussée  
Montréal QC H2G 2B3  
Tél. : 514 872-6550

**Saint-Laurent**

6900, boulevard Décarie  
bureau 3700  
Côte-Saint-Luc QC H3X 2T8  
Tél. : 514 345-0131

**Saint-Léonard**

8257, boulevard Langelier  
Saint-Léonard QC H1P 2B7  
Tél. : 514 864-6161

**Sainte-Marie-Centre-Sud**

1260, rue Sainte-Catherine Est, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal QC H2L 2H2  
Tél. : 514 872-2326

**Saint-Michel**

3750, boulevard Crémazie Est, 2<sup>e</sup> étage  
Montréal QC H2A 1B6  
Tél. : 514 872-5050

**Verdun**

1055, rue Galt, RC  
Verdun QC H4G 2R1  
Tél. : 514 864-6646

**07. RÉGION DE L'OUTAOUAIS****DIRECTION RÉGIONALE****Outaouais**

#16, Impasse de la Gare-Talon, bureau 3.100  
Gatineau QC J8T 0B1  
Tél. : 819 246-2494 ou 1 888 772-3694

**CENTRES LOCAUX****Aylmer**

420, boulevard Wilfrid-Lavigne  
bureau 10  
Gatineau QC J9H 6W7  
Tél. : 819 682-0362 ou 1 800 567-9678

**Buckingham**

154, rue Maclaren Est  
Gatineau QC J8L 1K4  
Tél. : 819 986-8596 ou 1 800 567-9694

**Campbell's Bay**

1290, Route 148  
Campbell's Bay QC J0X 1K0  
Tél. : 819 648-2132 ou 1 800 567-9685

**Gatineau**

456, boulevard de l'Hôpital  
bureau 300  
Gatineau QC J8T 8P1  
Tél. : 819 568-6500 ou 1 866 349-2758

**Hull**

170, rue de l'Hôtel-de-Ville  
9<sup>e</sup> étage, Jos-Montferrand  
Gatineau QC J8X 4C2  
#Tél. : 819 772-3502 ou 1 866 349-2758

**Maniwaki**

100, rue Principale Sud  
bureau 240  
Maniwaki QC J9E 3L4  
Tél. : 819 449-4284 ou 1 800 567-9209

**Papineauville**

365, rue Papineau  
Papineauville QC J0V 1R0  
Tél. : 819 427-6878 ou 1 877 639-0739

**08. RÉGION DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE****DIRECTION RÉGIONALE****Abitibi-Témiscamingue**

180, boulevard Rideau, RC  
bureau 01  
Rouyn-Noranda QC J9X 1N9  
Tél. : 819 763-3226 ou 1 877 253-4001

**CENTRES LOCAUX****Amos**

262, 1<sup>re</sup> Avenue Est  
Amos QC J9T 1H3  
Tél. : 819 444-5287 ou 1 800 567-6507

**La Sarre**

655, 2<sup>e</sup> Rue Est  
La Sarre QC J9Z 2Y9  
Tél. : 819 339-7901

**Rouyn-Noranda**

189, rue Murdoch, 1<sup>er</sup> étage  
Rouyn-Noranda QC J9X 1E3  
Tél. : 819 763-3583 ou 1 800 263-9583

**Senneterre**

481, 7<sup>e</sup> Avenue Ouest  
Senneterre QC J0Y 2M0  
Tél. : 819 737-2258 ou 1 800 363-2258

**Val-d'Or**

186, avenue Perrault  
Val-d'Or QC J9P 2H5  
Tél. : 819 354-4842 ou 1 877 229-0538

**Ville-Marie**

1B, rue Notre-Dame Nord  
Ville-Marie QC J9V 1W5  
Tél. : 819 629-6213 ou 1 800 463-3931

**09. RÉGION DE LA CÔTE-NORD****DIRECTION RÉGIONALE****Côte-Nord**

550, boulevard Blanche  
Baie-Comeau QC G5C 2B3  
Tél. : 418 295-4020 ou 1 800 463-6443

**CENTRES LOCAUX****Baie-Comeau**

625, boulevard Lafleche  
bureau 1.810  
Baie-Comeau QC G5C 1C5  
Tél. : 418 589-3719 ou 1 800 463-8542

**Forestville**

134, Route 138 Est  
Forestville QC G0T 1E0  
Tél. : 418 587-6611 ou 1 800 463-0738

**Havre-Saint-Pierre**

1280, rue de la Digue  
bureau 200  
Havre-Saint-Pierre QC G0G 1P0  
Tél. : 418 538-2288 ou 1 800 463-0735

**Les Escoumins**

459, Route 138  
Les Escoumins QC G0T 1K0  
Tél. : 418 233-2501

**Port-Cartier**

2, rue Élie-Rochefort  
Port-Cartier QC G5B 2N2  
Tél. : 418 766-6932

**Sept-Îles**

456, avenue Arnaud, RC  
bureau 11  
Sept-Îles QC G4R 3B1  
Tél. : 418 962-6545 ou 1 800 663-1934

**10. RÉGION NORD-DU-QUÉBEC****DIRECTION RÉGIONALE****Nord-du-Québec**

129, rue des Forces-Armées  
Chibougamau QC G8P 3A1  
Tél. : 418 748-8622 ou 1 866 840-9344

**CENTRES LOCAUX****Baie-James**

333, 3<sup>e</sup> Rue  
Chibougamau QC G8P 1N4  
Tél. : 418 748-7643 ou 1 866 722-7354

**Chisasibi**

#15, Maamuu Road  
Chisasibi QC J0M 1E0  
#Tél. : 418 748-7643 ou 1 866 722-7354

**Inukjuak**

C.P. 281  
Inukjuak QC J0M 1M0  
Tél. : 819 254-8760

**Kuujuuaq**

732, rue Siuralikuuk  
C.P. 300  
Kuujuuaq QC J0M 1C0  
Tél. : 819 964-2909

**11. RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE****DIRECTION RÉGIONALE****Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine**

11, rue de la Cathédrale  
Gaspé QC G4X 2W1  
Tél. : 418 360-8661 ou 1 800 463-4226

**CENTRES LOCAUX****Avignon**

314, boulevard Perron  
bureau A  
Carleton QC G0C 1J0  
Tél. : 418 364-3324 ou 1 877 229-0541

**Bonaventure**

151, avenue de Grand-Pré  
C.P. 400  
Bonaventure QC G0C 1E0  
Tél. : 418 534-2823 ou 1 855 875-9725

**Côte-de-Gaspé**

96, montée de Sandy Beach  
bureau 2.11  
Gaspé QC G4X 2V5  
Tél. : 418 360-8241 ou 1 800 663-3647

**Haute-Gaspésie**

39, boulevard Sainte-Anne Ouest  
Ste-Anne-des-Monts QC G4V 1R2  
Tél. : 418 763-3391 ou 1 800 663-3595

**Îles-de-la-Madeleine**

120, chemin de Gros-Cap  
Cap-aux-Meules QC G4T 1K8  
Tél. : 418 986-4411 ou 1 855 272-3580

**Rocher-Percé**

101, rue Commerciale Ouest  
Chandler QC G0C 1K0  
Tél. : 418 689-2201

**12. RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES****DIRECTION RÉGIONALE****Chaudière-Appalaches**

#5130, boulevard Guillaume-Couture  
bureau 300  
Lévis QC G6V 9L3  
Tél. : 418 838-2605 ou 1 800 463-5907

**CENTRE LOCAUX****Lac-Etchemin**

1554, route 277  
bureau 1  
Lac-Etchemin QC G0R 1S0  
Tél. : 418 625-6801 ou 1 866 825-2640

**L'Islet**

319, boulevard Nilus-Leclerc  
bureau 5, C.P. 247  
L'Islet QC G0R 2C0  
Tél. : 418 247-3954 ou 1 800 663-2226

**Littoral**

#1205, boulevard Guillaume-Couture  
bureau 300  
#Lévis QC G6W 0K9  
Tél. : 418 835-1500 ou 1 800 561-4380

**Montmagny**

116, rue Saint-Jean-Baptiste Ouest  
bureau A  
Montmagny QC G5V 3B9  
Tél. : 418 248-0163 ou 1 800 663-2106

**Sainte-Croix**

#6375, rue Garneau, bureau 101  
Sainte-Croix QC G0S 2H0  
Tél. : 418 926-3580 ou 1 800 663-2127

**Saint-Georges**

11400, 1<sup>re</sup> Avenue Est  
bureau 30  
Saint-Georges QC G5Y 5S4  
Tél. : 418 228-9711 ou 1 800 463-3024

**Saint-Joseph-de-Beauce**

1115, avenue du Palais  
Saint-Joseph QC G0S 2V0  
Tél. : 418 397-4391 ou 1 800 663-0223

**Saint-Lazare**

100-C, rue Monseigneur-Bilodeau  
Saint-Lazare QC G0R 3J0  
Tél. : 418 883-3307 ou 1 800 663-0351

**Sainte-Marie**

1037, boulevard Vachon Nord  
Sainte-Marie QC G6E 1M4  
Tél. : 418 386-8784 ou 1 877 322-6585

**Thetford Mines**

693, rue Saint-Alphonse Nord  
Thetford Mines QC G6G 3X3  
Tél. : 418 334-2500 ou 1 800 567-5592

**13. RÉGION DE LAVAL****DIRECTION RÉGIONALE****Laval**

#1041, boulevard des Laurentides, bureau 203  
Laval QC H7G 2W2  
Tél. : 450 972-3133

**CENTRES LOCAUX****Chomedey-Sainte-Dorothée**

1438, boulevard Daniel-Johnson  
Laval QC H7V 4B5  
Tél. : 450 680-6400

**Laval-des-Rapides**

3, Place-Laval  
bureau 430  
Laval QC H7N 1A2  
Tél. : 450 972-3050

**14. RÉGION DE LANAUDIÈRE****DIRECTION RÉGIONALE****Lanaudière**

40, rue Gauthier Sud, 2<sup>e</sup> étage  
bureau 2000  
Joliette QC J6E 4J4  
Tél. : 450 752-6888 ou 1 877 465-1933

**CENTRES LOCAUX****Berthierville**

90, place du Marché  
Berthierville QC J0K 1A0  
Tél. : 450 836-6261 ou 1 800 461-6261

**Joliette**

409, rue Notre-Dame  
Joliette QC J6E 3H5  
Tél. : 450 752-6999 ou 1 800 463-5434

**Rawdon**

3486, rue Queen  
Rawdon QC J0K 1S0  
Tél. : 450 834-4453 ou 1 877 502-4128

**Repentigny**

155, rue Notre-Dame, Place Repentigny  
bureau 25  
Repentigny QC J6A 5L3  
Tél. : 450 585-6640 ou 1 877 286-6840

**Saint-Jean-de-Matha**

941, route Louis-Cyr  
Saint-Jean-de-Matha QC J0K 2S0  
Tél. : 450 886-1826 ou 1 888 872-0048

**Sainte-Julienne**

2495, rue Cartier  
Sainte-Julienne QC J0K 2T0  
Tél. : 450 831-4222 ou 1 800 363-8645

**Terrebonne**

1590, chemin Gascon  
Terrebonne QC J6X 3A2  
Tél. : 450 471-3666 ou 1 877 286-4404

**15. RÉGION DES LAURENTIDES****DIRECTION RÉGIONALE****Laurentides**

55, rue Castonguay, 2<sup>e</sup> étage  
Saint-Jérôme QC J7Y 2H9  
Tél. : 450 569-7575

**CENTRES LOCAUX****Lachute**

505, avenue Bethanie  
bureau 303  
Lachute QC J8H 4A6  
Tél. : 450 562-8533 ou 1 800 263-2732

**Mont-Laurier**

585, rue Hébert  
Mont-Laurier QC J9L 2X4  
Tél. : 819 623-4610 ou 1 800 567-4562

**Sainte-Adèle**

400, boulevard de Sainte-Adèle  
Sainte-Adèle QC J8B 2N2  
Tél. : 450 229-6560 ou 1 800 363-7011

**Sainte-Agathe**

1, rue Raymond  
Sainte-Agathe-des-Monts QC J8C 2X2  
Tél. : 819 326-5861 ou 1 800 567-8334

**Sainte-Thérèse**

100, boulevard Ducharme  
bureau 120  
Sainte-Thérèse QC J7E 4R6  
Tél. : 450 435-3667

**Saint-Eustache**

367, boulevard Arthur-Sauvé  
bureau 247  
Saint-Eustache QC J7P 2B1  
Tél. : 450 472-2311

**Saint-Jérôme**

85, rue de Martigny Ouest, 1<sup>er</sup> étage  
Saint-Jérôme QC J7Y 3R8  
Tél. : 450 569-3075 ou 1 800 561-0692

**16. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE****DIRECTION RÉGIONALE**

## # Montérégie

135, boul. de Mortagne  
bureau H  
Boucherville QC J4B 6G4  
Tél. : 450 655-7527 ou 1 800 561-6781

**CENTRES LOCAUX****Acton Vale**

1130, rue Daigneault  
Acton Vale QC J0H 1A0  
Tél. : 450 546-0798 ou 1 800 438-4765

**Brome-Missisquoi**

406, rue du Sud  
Cowansville QC J2K 2X7  
Tél. : 450 263-1515 ou 1 800 463-0230

**Brossard**

1, place du Commerce  
bureau 200  
Brossard QC J4W 2Z7  
Tél. : 450 672-1335

**Châteauguay**

180, boulevard d'Anjou  
bureau 250  
Châteauguay QC J6K 5G6  
Tél. : 450 691-6020 ou 1 800 465-0286

**La Haute-Yamaska**

77, rue Principale, RC, bureau 02  
Granby QC J2G 9B3  
Tél. : 450 776-7134

**La Vallée-du-Richelieu**

515, boulevard Sir-Wilfrid-Laurier  
bureau 201  
Beloeil QC J3G 6R7  
Tél. : 450 467-9400 ou 1 877 856-1966

**Le Haut-Richelieu**

315, rue MacDonald  
bureau 128  
Saint-Jean-sur-Richelieu QC J3B 8J3  
Tél. : 450 348-9294 ou 1 800 567-3627

**Le Haut-St-Laurent**

220, rue Châteauguay  
Huntingdon QC J0S 1H0  
Tél. : 450 264-5323 ou 1 800 567-0220

**Longueuil**

2877, chemin de Chambly  
bureau 40  
Longueuil QC J4L 1M8  
Tél. : 450 677-5517 ou 1 866 854-4077

**Marieville**

497, rue Sainte-Marie  
Marieville QC J3M 1M4  
Tél. : 450 460-4430 ou 1 888 872-0680

**Saint-Constant**

126, rue Saint-Pierre  
Saint-Constant QC J5A 2P1  
Tél. : 450 635-6221 ou 1 866 225-4097

**Saint-Hyacinthe**

3100, boulevard Laframboise  
bureau 107  
Saint-Hyacinthe QC J2S 4Z4  
Tél. : 450 778-6589 ou 1 800 465-0719

**Sorel**

375, boulevard Fiset  
Sorel-Tracy QC J3P 7Z4  
Tél. : 450 742-5941

**Valleyfield**

63A, rue Champlain  
bureau 220  
Salaberry-de-Valleyfield QC J6T 6C4  
Tél. : 450 370-3027 ou 1 800 567-1029

**Vaudreuil-Soulanges**

430, boulevard Harwood  
bureau 4  
Vaudreuil-Dorion QC J7V 7H4  
Tél. : 450 455-5666 ou 1 800 463-2325

**17. RÉGION CENTRE-DU-QUÉBEC****DIRECTION RÉGIONALE****Centre-du-Québec**

1680, boulevard Saint-Joseph  
bureau RC 07  
Drummondville QC J2C 2G3  
Tél. : 819 475-8701 ou 1 877 343-0971

**CENTRES LOCAUX****Drummondville**

270, rue Lindsay, RC  
Drummondville QC J2B 1G3  
Tél. : 819 475-8431 ou 1 800 567-3868

**L'Érable**

1971, rue Bilodeau  
bureau 350  
Plessisville QC G6L 3J1  
Tél. : 819 621-0373 ou 1 877 714-5586

**Nicolet-Bécancour**

1300, boulevard de Port-Royal  
Bécancour QC G9H 1X6  
Tél. : 819 233-3711 ou 1 866 523-3711

**Victoriaville**

62, rue Saint-Jean-Baptiste, RC  
Victoriaville QC G6P 4E3  
Tél. : 819 758-8241 ou 1 800 463-0950





## 2. COMMUNICATION INTERACTIVE

La communication interactive est le moyen utilisé pour le traitement en temps réel par la Régie des demandes de paiement des pharmaciens dans le cadre du régime public d'assurance médicaments.

La communication interactive permet aux pharmaciens, par l'intermédiaire de leur système informatique, d'acheminer les demandes de paiement et les demandes d'annulation à la Régie et de recevoir au cours de la même communication et en quelques secondes, une réponse accompagnée de tous les renseignements pertinents sur le paiement (montant du médicament payé, montant du service payé, montant total payé), sur les contributions de la personne (franchise à payer, coassurance à payer, plafond) ou sur le code et le texte du message d'erreur en cas de refus de paiement.

Si le pharmacien ne peut établir la communication avec la Régie et s'il ne peut faire traiter sa demande de paiement :

- il doit suivre les instructions de son développeur de logiciel;
- s'il exécute immédiatement l'ordonnance, il pourra transmettre sa demande de paiement lorsque la communication sera rétablie avec la Régie et informer la personne assurée de sa contribution.

### 2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

La Régie dispose d'un Centre de support aux pharmaciens pour les aider dans leurs transactions en mode interactif, leur fournir tous les renseignements nécessaires et répondre à leurs besoins.

#### Centre de support aux pharmaciens

Ce service vise principalement à répondre rapidement au pharmacien qui rencontre un problème ou qui a besoin d'information sur la transaction en cours ou qu'il s'apprête à faire pour une demande de paiement.

# Des préposés peuvent répondre à toutes les questions du pharmacien (voir exemples de situations ci-dessous) :

- Lundi, mardi, jeudi et vendredi : 8 h 30 à 16 h 30
- Mercredi : 9 h 30 à 16 h 30

Pour les rejoindre, il suffit de composer un des numéros de téléphone suivants :

- Québec et région : 418 643-9025
- Ailleurs au Québec, en Ontario ou au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)

#### EXEMPLES DE SITUATIONS

A) Problème de transaction en communication interactive au moment de dispenser un médicament

<b>Besoins</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pharmacien a besoin d'aide pour compléter une transaction</li> </ul> ou <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne comprend pas qu'une transaction soit refusée</li> </ul> ou <ul style="list-style-type: none"> <li>• a besoin d'explication sur un message d'erreur signalé par le système interactif</li> </ul> ou <ul style="list-style-type: none"> <li>• a besoin de tout autre renseignement sur une transaction de communication interactive au moment de dispenser un médicament</li> </ul>

Selon la nature du problème décrit, le préposé pourra demander l'expertise d'un pharmacien de la Régie (voir exemples de situations ci-dessous).

<b>Besoins</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pharmacien a besoin d'une expertise pharmaceutique pour une considération spéciale</li> <li>ou</li> <li>• expose un problème relatif à un cas de « patients/médicaments d'exception (PME) ».</li> </ul>

B) Vérification d'une inscription au régime public d'assurance médicaments

<b>Besoins</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pharmacien a besoin de vérifier l'inscription d'une personne à la Régie avant de soumettre sa transaction</li> <li>ou</li> <li>• désire obtenir le NAM d'une personne n'ayant pas sa carte en sa possession s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 à 17 ans</li> <li>ou</li> <li>• désire obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée.</li> </ul>

C) Autres renseignements

<b>Besoins</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pharmacien a besoin d'aide pour comprendre des données inscrites à l'état de compte</li> <li>ou</li> <li>• a besoin d'aide pour comprendre certains éléments de l'Entente</li> <li>ou</li> <li>• a besoin de renseignement pour remplir une <i>Demande de remboursement à la personne assurée (3621)</i>.</li> </ul>

D) Formulaires, publications et autres

<b>Besoins</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• veut recevoir des états de compte ou de revenus</li> <li>• veut remplacer un chèque</li> <li>• veut commander des formulaires ou des publications relatives au régime d'assurance maladie ou au régime public d'assurance médicaments</li> <li>• veut faire un changement d'adresse</li> </ul>

Afin d'assurer la sécurité d'accès aux services de la Régie et d'accélérer le service lorsqu'un préposé répondra, un système de réponse vocale interactive demandera au pharmacien des précisions comme le numéro de la pharmacie.

## 2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

Le système de communication interactive utilise la norme émise par le *Guide d'échange de données - système CIP RAMQ*. Cette norme a été enrichie pour les besoins particuliers de la modernisation du système et pour uniformiser les échanges entre les pharmacies et son système d'autorisation. Elle utilise des codes particuliers (valeur) pour déterminer certains renseignements requis pour le traitement d'une demande de paiement. Le pharmacien inscrit les renseignements requis sur la demande de paiement selon les modalités de fonctionnement de son logiciel informatique.

### 2.3.1 Introduction

La transaction de demande de paiement permet à la pharmacie de transmettre à la Régie une demande de paiement. On doit y inscrire les informations nécessaires à la Régie pour autoriser le paiement d'un montant en fonction du service professionnel rendu et, s'il y a lieu, du médicament ou de la fourniture délivrés.

Pour chaque demande de paiement transmise en mode interactif à la Régie, celle-ci envoie une réponse en mode interactif à la pharmacie (voir la section 2.3.6 du présent onglet).

- # Les renseignements qui figurent dans la présente section décrivent la façon de remplir une demande de paiement en fonction des données de la norme enrichie utilisée par la Régie. Pour savoir comment faire une transaction avec son système, le pharmacien doit se reporter au guide d'utilisation de son logiciel de facturation ou communiquer avec son développeur de logiciel.

### 2.3.2 Délai de facturation

#### 2.3.2.1 Facturation

Vous disposez d'un délai de 90 jours à partir de la date de service pour facturer votre demande de paiement.

Si la date de service se retrouve à l'extérieur du délai de 90 jours, contacter le Centre de support aux pharmaciens.

#### 2.3.2.2 Correction de la facturation

Vous disposez d'un délai de 90 jours à partir de la date de service pour corriger votre demande de paiement.

Vous disposez d'une période de sept jours à partir de la date de transaction pour corriger votre facturation directement par la communication interactive.

Au-delà du 7 jours, vous devez téléphoner au Centre de support aux pharmaciens pour faire réactiver vos demandes de paiement afin de les annuler par la suite.

### 2.3.3 Données de facturation - cas régulier

Les renseignements nécessaires à l'autorisation d'une demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, de la Loi sur l'assurance médicaments, des règlements ainsi que de l'Entente.

Les renseignements à transmettre à la Régie se composent de quatre sections différentes se rapportant à un groupe de données particulières :

■ **Section A** : éléments de contrôle, destination et raison de la transaction

- le numéro de version de la norme;
- le code de la transaction effectuée (valeur 01);
- le numéro d'identification du développeur de logiciel;
- le numéro de version du logiciel utilisé en pharmacie.

**Ces renseignements sont habituellement transmis automatiquement par le logiciel de facturation utilisé.**

■ **Section B** : données de dispensation

- le numéro d'inscription à la Régie de la pharmacie (6 chiffres);
  - la date de service (SSAAMMJJ);
  - le numéro de contrôle (numéro séquentiel attribué à chaque demande de paiement par le logiciel de facturation).
- Ce numéro de contrôle sera retourné avec chaque réponse du système d'autorisation pour faire le lien avec la transaction transmise par la pharmacie.

**Le numéro de pharmacie et le numéro de contrôle sont habituellement transmis automatiquement par le logiciel de facturation utilisé.**

- **Section C** : identification de la personne assurée. (Pour les instructions complémentaires, voir la section 2.3.3.1 et la section 1.3 sous l'onglet *Personnes assurées*)

- le numéro d'assurance maladie inscrit sur la carte d'assurance maladie ou de l'un des parents, le cas échéant, celui inscrit sur le carnet de réclamation ou sur la preuve temporaire d'admissibilité;
- le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie, le cas échéant;
- le prénom;
- le nom de famille à la naissance;
- le date de naissance (SSAAMMJJ);
- le sexe (F ou M).

**valeur**

- le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement, le cas échéant
  - programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS) . . . . . 1K
  - programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) . . . . . 1L
  - programme « Tuberculose » avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) . . . . . 2K
  - programme « Tuberculose » avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) . . . . . 2L
  - programme « Tuberculose » avec particularité « R » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) . . . . . 2R
  - programme « Tuberculose » avec particularité « S » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) . . . . . 2S
  - patient d'exception . . . . . 40
  - médicament d'exception . . . . . 41
  - prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence . . . . . 04
  - programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie . . . . . 06

(voir la section 2.3.4.15 MTS, la section 2.3.4.16 Tuberculose, la section 2.3.4.17 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie, la section 2.3.5.1 Médicament d'exception, la section 2.3.5.2 Mesure du patient d'exception et la section 2.3.4.28 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence du présent onglet)

- le lien de parenté avec le détenteur du carnet de réclamation ou de la carte d'assurance maladie, le cas échéant
  - détenteur de la carte (valeur par défaut) . . . . . 0
  - dépendant mineur de moins d'un an non inscrit sur le carnet de réclamation ou sans carte d'assurance maladie . . . . . 2

- **Section D** : ordonnance et service professionnel (voir la section 2.3.3.2 du présent onglet)

Une erreur ou un renseignement omis lors de la transmission d'une demande de paiement pourra entraîner son refus.

### 2.3.3.1 Identification de la personne

Avant de réclamer le paiement de services pharmaceutiques à la Régie, le pharmacien doit s'assurer que la personne est admissible au régime public d'assurance médicaments ou à un programme visé par une entente particulière (MTS, tuberculose ou achat de places ou contraception orale d'urgence - voir les sections 1.2 *Catégories de personnes assurées* et 1.3 *Identification de la personne* sous l'onglet *Personnes assurées*).

La section réservée à l'identification de la personne assurée comporte tous les renseignements requis pour l'identifier à la Régie et accepter la demande de paiement transmise. La majorité des renseignements figurent sur la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Les autres renseignements sont donnés par le pharmacien selon la situation.

### 2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel

La section *Ordonnance et service professionnel* décrit tous les renseignements que le pharmacien doit inscrire sur la demande de paiement afin que soit autorisé le paiement du service professionnel et du médicament ou de la fourniture réclamés, le cas échéant. Des instructions propres à certains services pharmaceutiques sont détaillées dans la section 2.3.4 *Instructions de facturation pour les cas particuliers*.

Les principes généraux suivants concernant la demande de paiement sont importants :

- Une demande de paiement correspond à un seul service pharmaceutique.
- # • Un « numéro d'ordonnance » est obligatoire pour la facturation de tout service, médicament ou fourniture. Dans la majorité des cas, il s'agit du numéro attribué à l'ordonnance exécutée, renouvelée ou dont l'exécution ou le renouvellement fait l'objet d'un refus. Toutefois, dans le cas d'une opinion pharmaceutique, de rémunération mensuelle dans le cadre du mécanisme de surveillance, de suivi de consommation ou des fournitures, de transmission d'un profil, de transmission de demandes à la suite d'une dérogation, de service sur appel, de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, d'une évaluation du besoin de la prescription d'un médicament, de prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques et d'une évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation, il s'agit d'un numéro de référence.
- Aucun indicateur de plafonnement n'est requis : la Régie cumule le nombre d'ordonnances par pharmacie et ajuste, le cas échéant, le montant du service facturé par le pharmacien.

#### ■ Section D : Ordonnance et service professionnel

Les renseignements à fournir sont :

- le « numéro de l'ordonnance » (9 chiffres) figurant au dossier de la personne;

**valeur**

- le code du service professionnel effectué;

#	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance	O
	• exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique(*)	N
	• exécution et renouvellement d'une ordonnance d'un service chronique de moins de sept (7) jours(*)	6
	• médicament fourni sous la forme d'un pilulier - selon la règle 24(*)	P
	• pilulier selon la règle 25(*)	G
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive	E
	• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables(*)	F
	• fourniture de chambre d'espacement(*)	X
	• fourniture de masque (tarif = 0 \$)(*)	Y
	• traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes(*)	J
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques(*)	L
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral(*)	M
	• préparation de capsules placebo(*)	B
	• préparation de sachets(*)	H
	• mise en seringue d'insuline(*)	I
	• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant(*)	K
	• mise en seringue de chlorure de sodium(*)	Q
	• exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique(*)	R
	• exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale(*)	T
	• préparation de capsules(*)	U
	• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement(*)	1
	• transmission d'un profil(*)	2
	• opinion pharmaceutique(*)	3
	• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence(*)	4
	• transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive(*)	5
	• frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	8
	• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	7
	• service sur appel(*)	A
	• pharmacien désigné - rémunération mensuelle(*) (suspension depuis 2005)	S
#	• évaluation du besoin de la prescription d'un médicament(*)	V
#	• prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques(*)	W
#	• évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation(*)	Z

# (\*) Pour les services suivis d'un astérisque, voir les sections 2.3.4.1 à 2.3.4.17, 2.3.4.25 à 2.3.4.34, 2.3.4.36, 2.3.4.39 à 2.3.4.41 du présent onglet.

- le code DIN identifiant le médicament ou la fourniture, le cas échéant;

- le nombre de renouvellements;

Dans le cas d'une nouvelle ordonnance, il faut indiquer le nombre de renouvellements prescrits pour cette ordonnance. Ainsi, si aucun renouvellement n'est prescrit, inscrire « 0 ». D'autre part, dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance, il faut inscrire le nombre de renouvellements qui restent pour cette ordonnance.

Lorsque le renouvellement prescrit correspond à une période (ex. : 1 an, 6 mois, etc.) et que le nombre de renouvellements ne peut être calculé en un nombre exact de fois, il faut inscrire **99** dans ce champ. Quant à la date de fin de validité de l'ordonnance, il faut l'inscrire dans le champ prévu à cette fin, dans la forme suivante : SSAAMMJJ (ex. : 20160630).

**valeur**

- la nature et l'expression de l'ordonnance;

• nouvelle ordonnance écrite . . . . .	N
• nouvelle ordonnance verbale . . . . .	V
• renouvellement d'ordonnance écrite . . . . .	S
• renouvellement d'ordonnance verbale . . . . .	R

- le code de sélection;

#	• champ laissé à blanc signifie « tel que prescrit »	
#	• choix du pharmacien de dispenser un médicament équivalent . . . . .	3
#	• choix du prescripteur de « ne pas substituer » (*)	
#	- sans justification . . . . .	1
#	- avec justification	
	• allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur . . . . .	A
#	• intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur . . . . .	B
#	• forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme . . . . .	C
#	• (valide jusqu'au 3 octobre 2016) compte tenu de son état de santé et de la distance séparant son domicile du centre de perfusion où est administré l'Infectra <sup>MC</sup> , cette personne assurée doit se rendre au centre de perfusion le plus accessible, soit celui où est administré le Remicade <sup>MC</sup>	D
#	(*) En présence du <b>code de sélection 1 (mention NPS sans code justificatif), la personne assurée aura à payer un excédent</b> pour obtenir le médicament innovateur :	

À compter du 24 avril 2015 : pour toute nouvelle ordonnance écrite (N) ou verbale (V);

À compter du 1<sup>er</sup> juin 2015 : pour tout renouvellement d'ordonnance écrite (S) ou verbale (R).

Dans certaines situations particulières, la justification de la mention NPS n'est pas requise. Ces situations sont documentées à la *Liste de médicaments* au point 2, Établissement du prix payable.

- le format d'acquisition;

Inscrire le numéro correspondant au conditionnement acheté;

- la source d'approvisionnement;

Inscrire la lettre correspondant au grossiste d'où provient le produit dispensé. Ne rien inscrire si la source d'approvisionnement est un fabricant (voir la *Liste de médicaments* - Annexe III, Liste des fabricants de médicaments et des grossistes en médicaments);

- la quantité de médicament délivrée à la personne assurée (4 chiffres + 1 décimale) :

- La quantité doit être calculée selon l'unité de mesure ou de volume du produit inscrit à la *Liste de médicaments*. Si le conditionnement est indivisible, il faut inscrire exactement la quantité telle qu'elle figure dans la colonne « FORMAT » de la liste ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne assurée.

Si, dans certaines circonstances, la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour l'obtention d'une autorisation pour une considération spéciale, sauf dans les cas où les instructions de facturation ci-dessous le permettent.

- le type de service exécuté;

#	Pour les codes de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation de solution ophtalmique, du traitement de substitution aux opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament et de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, inscrire également le type de service exécuté. (voir les sections 2.3.4.1, 2.3.4.25 à 2.3.4.27, 2.3.4.36, 2.3.4.39 et 2.3.4.40).
---	--

- la durée de traitement exprimée en jours (trois chiffres);

Cette durée doit correspondre à la quantité fournie divisée par la posologie prescrite. Toutefois, un nombre de jours approximatif doit être inscrit si la durée du traitement ne peut être calculée avec précision compte tenu de la posologie ou de la forme pharmaceutique. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une utilisation variable au besoin, la détermination de la durée de traitement doit tenir compte de la posologie maximale journalière.

- le code d'intervention ou d'exception;

Cet indicateur permet au pharmacien de préciser la nature d'une situation particulière concernant la personne assurée, l'ordonnance ou le service professionnel. Selon la situation, cet indicateur est obligatoire. On peut indiquer jusqu'à 4 codes d'intervention ou d'exception sur une demande de paiement parmi les suivants :

*Codes d'intervention ou d'exception au regard de situations exceptionnelles*

	<b>valeur</b>
• une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie . . . . .	CS
• pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) . . . . .	CV
• situation particulière - ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie . . . . .	DN
<b>S</b>	
<b>S</b>	
<b>#</b>	
• service sur appel pour un second déplacement, même jour . . . . .	FB
• confirmation de services rendus au privé . . . . .	IP
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire adulte . . . . .	MA
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire à charge . . . . .	MB
• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité . . . . .	MG
• montant supérieur à 1 000 \$ . . . . .	MP
• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière . . . . .	MQ
• pour indiquer une pharmacothérapie initiale . . . . .	MT
• pilule du lendemain (facturation d'un format complet) . . . . .	PL
• pour permettre la facturation en piluliers (code de service G ou P) d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format. . . . .	PI
• pharmacie désignée contactée ou non . . . . .	UI
• PAE sous contrôle en situation d'urgence - pathologie aiguë . . . . .	VE
• pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons) . . . . .	DQ

*Codes d'intervention ou d'exception pour le renouvellement hâtif ou anticipé d'une ordonnance*

• médicament facturé avec le NAM d'un parent. . . . .	DF
• même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la <i>Liste de médicaments</i> ) mais facturé pour des ordonnances différentes. . . . .	DG
• synchronisation des ordonnances dans le respect de la règle 19 de l'Entente . . . . .	DH
• anticipation - pharmacie fermée à la date prévue du renouvellement . . . . .	DI
• anticipation - déplacement ou livraison impossible à la date prévue du renouvellement . . . . .	DJ
• anticipation - médicament utilisé dans 2 lieux différents . . . . .	DK
• anticipation - médicament requis lors du rendez-vous médical . . . . .	DL
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui interrompt le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement . . . . .	DM
• non-respect de la posologie. . . . .	DO
• anticipation - correction de la durée de traitement . . . . .	FA
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui n'interrompt pas le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement . . . . .	FC
• oubli des médicaments lors d'un voyage. . . . .	ME
• changement de posologie . . . . .	MN
• vol, perte ou bris de médicament . . . . .	MR
• départ en voyage avant la date de renouvellement. . . . .	MV

**#** *Codes d'intervention ou d'exception pour le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement (voir la section 2.3.4.4)*

**#** *Codes d'intervention ou d'exception désignant le type d'opinion pharmaceutique (voir la section 2.3.4.5)*

**#** *Codes d'intervention ou d'exception désignant la raison motivant le transport d'urgence des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques (voir la section 2.3.4.30)*

- # *Codes d'intervention ou d'exception pour l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament (voir la section 2.3.4.39)*
- # *Codes d'intervention ou d'exception pour le service de prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (voir la section 2.3.4.40)*
- le montant demandé pour le médicament ou la fourniture;  
Pour la méthode de calcul, se reporter à la *Liste de médicaments* - Renseignements généraux.
  - le montant du coût de service facturé pour service professionnel;  
Montant facturé par le pharmacien selon le service dispensé. (voir l'onglet *Tarif*).
  - le numéro du pharmacien instrumentant (six chiffres) qui a exécuté l'ordonnance ou fourni le service;
  - le numéro de la pharmacie désignée contactée (six chiffres) du détenteur de carnet de réclamation faisant l'objet du mécanisme de surveillance et suivi de sa consommation de médicaments;
  - le numéro du prescripteur (6 chiffres du numéro d'inscription à la Régie);
    - médecin du Québec 1XXXXX
    - dentiste du Québec 2XXXXX
    - optométriste du Québec 3XXXXX
    - pharmacien du Québec et hors Québec 4XXXXX
    - résident en médecine du Québec 5XXXXX
    - médecin hors Québec inscrit à la Régie 6XXXXX
    - dentiste hors Québec inscrit à la Régie 7XXXXX
    - optométriste hors Québec inscrit à la Régie 8XXXXX
    - infirmier praticien spécialisé 81XXXX
    - autres types d'infirmiers 82XXXX à 87XXXX
    - sage-femme du Québec 93XXXX
    - podiatre du Québec 94XXXX
- # Le prescripteur doit être un médecin, un résident en médecine, un dentiste légalement autorisé à exercer la médecine ou la médecine dentaire, un pharmacien, une sage-femme, un optométriste, un infirmier ou un podiatre.

**valeur**

- le type de prescripteur de l'ordonnance;
 

#	médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec. . . . .	51
	optométriste du Québec et hors Québec . . . . .	52
	podiatre du Québec . . . . .	53
	sage-femme du Québec . . . . .	54
	dentiste du Québec et hors Québec inscrit à la Régie. . . . .	55
	pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la Régie. . . . .	56
#	infirmier du Québec. . . . .	57
	prescripteur hors Québec non inscrit à la Régie (*) . . . . .	99
	professionnel de la santé non inscrit à la Régie (**) . . . . .	99

(\*) Il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste en stage dans un établissement de santé, membre en règle d'une corporation professionnelle au Canada, et qui ne possède pas de numéro d'inscription à la Régie.

(\*\*) Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière).  
Dans ces deux cas, les cinq premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom doivent être inscrits sur la demande de paiement.

- le code d'indication reconnue pour le paiement de certains médicaments d'exception;  
Il faut transmettre le code d'indication reconnue inscrit sur l'ordonnance originale lors de l'exécution de celle-ci ainsi que sur tous les renouvellements subséquents.  
Ce code est composé de deux lettres représentant la classe anatomique suivies de chiffres (huit maximum). Pour de plus amples informations, vous référer au répertoire *Codes des médicaments d'exception*.



### 2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers

Cette section a pour but d'indiquer les données à inscrire sur la demande de paiement pour chacun des cas particuliers pouvant être rencontrés en pharmacie. Ces renseignements permettent au système d'assurance médicaments de la Régie de traiter conformément la demande de paiement.

#### 2.3.4.1 Médicament magistral

##### ■ Principes à respecter :

- Tous les codes DIN qui composent le médicament magistral doivent être indiqués. Vous pourrez inscrire jusqu'à 10 ingrédients sur la demande de paiement.

**valeur**

- Inscrire le code de service correspondant au type de mélange dispensé :
  - exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques . . . . . L
- # Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.
  - exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral . . . . . M
- # Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 14,26 \$ et à 13,26 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.
  - Inscrire le type de service correspondant à la préparation magistrale (voir article 6.2, section *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*) selon qu'il s'agisse d'une :
    - préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste de médicaments* et qui renferme une substance active . . . . . A
    - préparation d'un rince-bouche résultant du mélange :
      - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou . . . . . B
      - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants . . . . . B
    - préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste de médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants . . . . . C
    - préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, **à l'exception** d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 % . . . . . D
    - préparation ophtalmique renfermant :
      - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou; . . . . . E
      - de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL ou; . . . . . E
      - de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 % . . . . . E
    - solution ou suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine . . . . . F
    - une des préparations suivantes :
      - préparation pour usage rectal à base de sucralfate . . . . . G
      - préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem . . . . . G
  - #
    - préparation pour usage oral de benzoate de sodium . . . . . H

**Inscrire pour chaque ingrédient utilisé :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**Remarque :** Lorsqu'un ingrédient est disponible sous la forme d'un conditionnement indivisible, la quantité peut correspondre à une fraction de ce conditionnement, sauf si le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du conditionnement. Dans ce cas, une autorisation est requise pour une facturation en considération spéciale, et c'est la quantité totale du conditionnement qui s'ajoute à la quantité des autres ingrédients du médicament magistral.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>L</b> ou <b>M</b>	Code <b>DIN</b> des ingrédients du médicament magistral
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque ingrédient	Source d'approvisionnement, s'il y a lieu de chaque ingrédient	Quantité de chaque ingrédient
Type de service : <b>A à H</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque ingrédient	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## 2.3.4.2 Fournitures

## 2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espace

■ **Principes à respecter :**

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation de la chambre d'espace;

**valeur**

- Inscrire le code de service:

- fourniture de chambre d'espace . . . . . X

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- fourniture de masque pour chambre d'espace à 0,00 \$; il est inclus dans les honoraires de la fourniture de chambre d'espace . . . . . Y

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**:

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>X</b> ou <b>Y</b>	Code <b>DIN</b> de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de la fourniture	Source d'approvisionnement de la fourniture, s'il y a lieu	Quantité de la fourniture
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de la fourniture	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## 2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables

■ **Principes à respecter :**

- Le coût du service prévu pour la fourniture de seringues-aiguilles jetables ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :
  - le service a été prévu à une personne assurée porteuse d'une ordonnance, pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie;
  - La quantité de seringues-aiguilles jetables fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables et il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou du médicament pour inhalothérapie.

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables . . . . . F

# Le montant des frais de service au 20 juin 2015 a été établi à 2,77 \$.

**Remarque :** L'ordonnance pour le médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou pour le médicament pour inhalothérapie doit être facturée avec le code de service propre à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance, soit le code « O ».

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C;**
- les données suivantes de la **section D;**

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>F</b>	Code <b>DIN</b> de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression d'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de la fourniture	Source d'approvisionnement de la fourniture, s'il y a lieu	Quantité de la fourniture
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de la fourniture	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

■ **Particularités :**

Les seringues-aiguilles ou aiguilles jetables des diverses insulines peuvent être facturées sur une seule demande de paiement.

**2.3.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant****■ Principes à respecter :**

- Inscrire le code DIN du médicament et le code DIN du solvant qui servira à la dilution ou à la dissolution.
- Un seul montant de service est payable pour le médicament et le solvant (voir la Règle 3 de l'annexe II de l'Entente).

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- médicament actif requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant . . . . . K

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>K</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante	Source d'approvisionnement de chaque composante, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## 2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement

■ **Principes à respecter :**

- Inscrire le numéro d'ordonnance dont l'exécution ou le renouvellement est refusé.
- Inscrire le code DIN du médicament faisant l'objet du refus.
- Seul le montant du service professionnel est réclamé.

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement . . . . . 1

# Le montant au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception spécifiant le motif du refus;

- ordonnance (valide) falsifiée . . . . . CF
- allergie antérieure au médicament prescrit . . . . . CC
- échec antérieur du traitement avec le produit prescrit . . . . . CB
- interaction cliniquement significative . . . . . CI
- intolérance antérieure au produit prescrit . . . . . CA
- choix de produit irrationnel . . . . . CE
- dose dangereusement élevée . . . . . CH
- dose sous-thérapeutique . . . . . CL
- durée de traitement irrationnelle . . . . . CG
- produit inefficace dans l'indication visée . . . . . CJ
- quantité prescrite irrationnelle . . . . . CK
- surconsommation . . . . . CO
- duplication de traitement . . . . . CD

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- Toutes les données des **sections A, B et C**;
- Les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>1</b>	Code <b>DIN</b> du médicament refusé
Code d'intervention ou d'exception pour le motif du refus	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	

■ **Particularités :**

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

## 2.3.4.5 Opinion pharmaceutique

■ **Principes à respecter :**

- Numéro d'ordonnance : Inscrire le numéro de référence correspondant à l'opinion.
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

**valeur**

	- Inscrire le code de service;	
	• opinion pharmaceutique. . . . .	3
#	Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 19,79 \$.	
#	- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant au type de l'opinion pharmaceutique;	
	• Allergie : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	UO
	• Allergie : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WA
	• Allergie : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	WB
	• Opinion et calendrier de sevrage relatifs aux médicaments benzodiazépines . . . . .	VB
	• Contre-indication : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WC
	• Contre-indication : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . . . . .	WD
	• Contre-indication : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WE
	• Contre-indication : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	WF
	• Duplication : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WG
	• Duplication : modifier le traitement prescrit . . . . .	WH
	• Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WI
	• Effet indésirable ou intolérance observés : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	UP
	• Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WJ
	• Effet indésirable ou intolérance observés : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . .	UB
	• Effet indésirable ou intolérance observés : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	UD
	• Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WK
	• Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WL
	• Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv). . . . .	WM
	• Inefficacité : Substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	WN
	• Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit . . . . .	WO
	• Grossesse ou allaitement : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	UR
	• Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WP
	• Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . .	WQ
	• Grossesse ou allaitement : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	UV
	• Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WR
	• Innocuité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique . . . . .	WS
	• Innocuité : diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . .	WT
	• Innocuité : réduire la durée du traitement prescrit . . . . .	WU
	• Innocuité : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	WV
	• Interaction : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . . . . .	WW
	• Interaction : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . .	UQ
	• Interaction : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . .	WX
	• Interaction : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . .	WY
	• Interaction : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . .	UT
	• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité . . . . .	WZ
	• 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 . . . . .	XA
	• Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10 . . . . .	XB
	• Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale . . . . .	XC
	• Asthme : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XD
	• Asthme : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XE
	• Tuberculose : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XF
	• Tuberculose : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XG
	• Dyslipidémies : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XH
	• Dyslipidémies : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XI
	• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XJ

*Codes d'intervention ou d'exception désignant le type d'opinion pharmaceutique (suite)*

• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XK
• hypertension artérielle : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	UX
• hypertension artérielle : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	UY
• Diabète de type II : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XL
• Diabète de type II : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XM
• Épilepsie : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XN
• Épilepsie : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XO
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XP
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XQ
• Infection du VIH : inobservance au traitement, surconsommation . . . . .	XR
• Infection du VIH : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . .	XS

- Inscrire le numéro du ou d'un des prescripteurs à qui une copie de l'opinion pharmaceutique a été transmise.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>3</b>	Code d'intervention ou d'exception pour le type d'opinion
Montant du service	N° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur
Type de prescripteur		

■ **Particularités :**

Pour l'opinion pharmaceutique **relative à l'inobservance**, le tarif n'est payable que deux fois par année pour chacune des situations précisées à l'annexe VII pour une même personne assurée.



**2.3.4.6 Service sur appel**

Lors d'un déplacement du pharmacien durant les périodes prévues au point 10 du TARIF de l'Entente, ce supplément d'honoraires doit être facturé sur une demande de paiement distincte.

■ **Principes à respecter :**

- Inscrire un NAM : Inscrire celui de la première personne servie.

**valeur**

- Inscrire le code de service;

• service sur appel ..... A

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 28,79 \$.

- Inscrire un numéro d'ordonnance : Il doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques;

- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>A</b>	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Nature/expression de l'ordonnance, s'il y a lieu	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	

## 2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

La pharmacothérapie initiale vise un médicament de l'annexe VI de l'Entente et doit être facturée selon les modalités de la Règle 15) de l'annexe II de l'Entente.

■ **Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une ordonnance. . . . . O

# Le montant du service au 20 juin 2015 pour l'exécution d'une ordonnance a été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

# Le montant du service au 20 juin 2015 pour le renouvellement d'une ordonnance a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception;

- pour indiquer une pharmacothérapie initiale. . . . . MT

- Le nombre de renouvellements sur la deuxième demande de paiement, le cas échéant, **doit être identique à celui inscrit sur la demande de paiement de l'ordonnance originale**. Les renouvellements suivants seront diminués de la manière habituelle.

- Inscrire la quantité de médicament correspondant à celle requise pour la durée d'un traitement de **sept** jours sur la première demande de paiement. La quantité du premier renouvellement (2<sup>e</sup> demande de paiement), s'il y a lieu, doit correspondre au reste de la quantité prescrite pour la durée du traitement, qui doit alors être **égale ou supérieure à vingt et un** jours.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>O</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements : 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> services = identique	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée de traitement : 1 <sup>er</sup> service = 7 jours, 2 <sup>e</sup> service = 21 jours ou plus, s'il y a lieu	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>MT</b>
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24**

Un médicament peut être fourni sous la forme d'un pilulier lorsqu'il s'agit de l'exécution ou du renouvellement d'une ordonnance d'un médicament relié à une maladie chronique ou de longue durée et fourni pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit jours dans les circonstances prévues à la Règle 24 de l'annexe II de l'Entente.

■ **Principes à respecter :**

*valeur*

- Inscire une durée de traitement de **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement).
- Inscire le code de service;

- pilulier . . . . . P

Le montant du service est déterminé à partir de la durée de traitement, tel qu'indiqué ci-dessous.

#

Durée de traitement	Tarif au 20 juin 2015
Entre 1 et 7 jours	4,39 \$
Entre 8 et 14 jours	8,78 \$
Entre 15 et 21 jours	13,17 \$
Entre 22 et 28 jours	17,57 \$

- Inscire le montant du frais de service correspondant à la durée de traitement prévue.

**Remarque :** Un service fourni sous la forme d'un pilulier dans des circonstances hors de l'ordinaire peut être autorisé pour une durée de traitement de plus de 28 jours. Dans ce cas, une autorisation est requise pour une facturation en considération spéciale.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- toutes les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>P</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée du traitement : 28 jours ou moins	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement**

Au regard de la Règle 19 e) de l'annexe II de l'Entente, le pharmacien peut exceptionnellement fournir les médicaments pour un traitement d'une durée de moins de trente jours 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.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service correspondant à la situation;
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
  - pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) . . . . . CV

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>CV</b>
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	

**2.3.4.10 Préparation de capsules placebo**

Si le pharmacien prépare lui-même les capsules de placebo, il existe deux façons de les facturer, selon la méthode de préparation :

■ **Principes à respecter pour la préparation de placebo à partir d'un médicament :**

Lorsque le pharmacien prépare le placebo à partir des capsules d'un médicament de la *Liste de médicaments*, il peut se faire payer le coût du médicament dont les capsules ont été vidées et le coût de l'adjuvant pour les remplir. Cette situation se produit lorsque le placebo doit avoir la même apparence que le médicament qu'il remplace.

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo ..... B

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules préparées et établi selon la norme agréée par l'AQPP.

#

**2015-06-20**

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 \$ par capsule

Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système retient la quantité facturée du médicament actif.

- Inscrire le code DIN du médicament dont les capsules ont été vidées et le code DIN de l'adjuvant utilisé pour les remplir.

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>B</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante	Source d'approvisionnement de chaque composante, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

■ **Principes à respecter pour la préparation de placebo à partir de capsules vides :**

Inscrire le code DIN de la capsule vide (99001519), présent dans la *Liste de médicaments*, section *véhicules, solvants ou adjuvants* et le code DIN de l'adjuvant utilisé pour les remplir.

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo. .... B

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules préparées et établi selon la norme agréée par l'AQPP.

#

**2015-06-20**

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 \$ par capsule

Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système retiendra la quantité facturée du code DIN de la capsule vide (99001519).

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**Remarque :** Si la préparation de placebo ne correspond pas à l'une de celles décrites, une **autorisation téléphonique** de la Régie sera nécessaire pour la facturation de ce service pharmaceutique en considération spéciale.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>B</b>	Code <b>DIN</b> de la composante et de la capsule vide
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de la composante et de la capsule vide	Source d'approvisionnement de la composante et de la capsule vide, s'il y a lieu	Quantité de la composante et de la capsule vide
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de la composante et de la capsule vide	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.11 Préparation de capsules**

La préparation de capsules consiste à introduire dans des capsules vides un seul médicament actif avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules. . . . . U

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules préparées et établi selon la norme agréée par l'AQPP.

#

**2015-06-20**

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 \$ par capsule

Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système retiendra la quantité facturée du code DIN de la capsule vide (99001519).

- Inscrire le code DIN du médicament mis en capsules avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu, ainsi que le code DIN de la capsule vide (99001519).

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>U</b>	Code <b>DIN</b> de la composante et de la capsule vide
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de la composante et de la capsule vide	Source d'approvisionnement de la composante et de la capsule vide, s'il y a lieu	Quantité de la composante et de la capsule vide
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de la composante et de la capsule vide	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.12 Préparation de sachets**

La préparation de sachets consiste en la mise en sachet de poudre ou de comprimés triturés accompagnés ou non d'un adjuvant.

■ **Principes à respecter :**

*valeur*

- Inscrire le code de service;

- préparation de sachets ..... H

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de sachets préparés et établi selon la norme agréée par l'AQPP.

#

**2015-06-20**

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 \$ par sachet

Pour déterminer le nombre de sachets préparés, le système retiendra la quantité facturée du code de facturation du sachet (99100527).

- Inscrire le code DIN du médicament mis en sachets, le code DIN de l'adjuvant, s'il y a lieu, ainsi que le code de facturation du sachet (99100527).

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**Inscrire pour le code de facturation du sachet (99100527) :**

- le format d'acquisition 1;
- la quantité correspondant au nombre de sachets préparés;
- le coût du sachet à 0,00 \$ puisque celui-ci est inclus dans le tarif des frais de service.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>H</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante et du contenant
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante et du contenant	Source d'approvisionnement de chaque composante et du contenant, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante et du contenant
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante et du contenant	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu



**2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline**

La mise en seringue d'insuline est acceptée avec le code de service « I » seulement et à partir d'une ou de plusieurs insulines.

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.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- mise en seringue d'insuline ..... I

# Le montant du service au 20 juin 2015 est calculé en fonction du nombre de seringues préparées soit :

Moins de 17 seringues = 10,43 \$  
 17 seringues et plus = nombre de seringues multiplié par 0,64 \$ par seringue.

Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système cumulera le nombre de seringues facturées.

**S'il s'agit d'un mélange d'insuline, un montant de 2,77 \$ sera ajouté au coût de service demandé.**

**Remarque :** Pour identifier s'il s'agit d'un mélange d'insuline, le système doit retracer sur la demande de paiement, la facturation d'insuline ayant une dénomination commune différente l'une de l'autre.

- Inscrire le ou les codes DIN de l'insuline et des seringues utilisées. Si différents types d'insuline et/ou de seringues sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes.

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : I	Code <b>DIN</b> de chaque composante et seringue
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante et seringue	Source d'approvisionnement de chaque composante et seringue, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante et seringue
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante et seringue	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## 2.3.4.14 Pilule du lendemain

Les services relatifs à la pilule du lendemain peuvent être facturés de deux façons, au choix du pharmacien.

1) Si le pharmacien désire facturer uniquement la quantité de comprimés délivrés d'un médicament dont le conditionnement est divisible selon la *Liste de médicaments* :

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service:

- exécution d'une ordonnance. . . . .

# Le montant du service au 20 juin 2015 été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire le code DIN correspondant au médicament.

- Inscrire la fraction du format à une décimale près correspondant à la quantité servie :

2 comprimés = quantité 0,1

4 comprimés = quantité 0,2

6 comprimés = quantité 0,3

- Le montant du médicament correspond au coût de la fraction du format du contraceptif oral.

**Remarque :** Advenant le cas où un contraceptif dont le format est indivisible à la *Liste de médicaments* serait utilisé comme pilule du lendemain, une autorisation préalable de la Régie est requise pour facturer une fraction du format.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>O</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité de médicament = 0,1, 0,2 ou 0,3
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu (autre que PL)
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2) Si le pharmacien désire facturer le format complet du contraceptif oral au lieu de la quantité délivrée en raison de la nature du conditionnement :

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- exécution d'une ordonnance ..... O

# Le montant du service au 20 juin 2015 été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- pilule du lendemain ..... PL

- Inscrire la quantité du format du médicament réclamé.

- Le montant du médicament correspond au coût du format complet du contraceptif oral.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**:

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>O</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament = quantité du format du médicament réclamé
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>PL</b>
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

## 2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

Toute personne **résidant au Québec**, qui **est inscrite au régime d'assurance maladie** et qui **présente une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides**, a le droit de recevoir **gratuitement un ou plusieurs des médicaments** énumérés à l'Addenda de la *Liste de médicaments* prescrits pour le traitement d'une maladie transmise sexuellement. Le pharmacien peut également être rémunéré par la Régie pour un service fourni à une personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valides dans les cas suivants :

- la personne est âgée de moins d'un an;
- la personne est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale.

La personne qui bénéficie de ce programme est **exemptée du paiement de toute contribution prévue à la Loi sur l'assurance médicaments** pour les services reçus en vertu de ce programme.

■ **Principes à respecter :**

**Section C :**

S'il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) non inscrit sur le carnet de réclamation ou sans carte d'assurance maladie, inscrire les renseignements suivants sur la demande de paiement :

- le numéro d'assurance maladie et le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie de l'un des parents, le cas échéant;

**valeur**

- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an. . . . . 2

- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;
- le prénom du nouveau-né;
- la date de naissance du nouveau-né (SSAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

S'il s'agit d'une personne de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans :

- le pharmacien doit **appeler le Centre de support aux pharmaciens de la Régie** pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance, du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.
- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement :

- programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS) . . . . . 1K
- programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) . . . . . 1L

**Section D :**

- Inscrire le code DIN du médicament (voir Addenda de la *Liste de médicaments*).
- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellements, car le renouvellement de cette **ordonnance n'est pas payable**.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A et B**;
- toutes les données de la **section C** en tenant compte des principes mentionnés précédemment;
- les données suivantes de la **section D** en tenant compte des principes mentionnés précédemment;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	

**2.3.4.17 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie**

Les **personnes admissibles au programme** sont celles qui résident au Québec, qui sont **inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec** et qui présentent **une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide** ont le droit de recevoir **gratuitement un ou plusieurs des médicaments** visés par la pandémie.

# **AVIS** : Cette section est suspendue depuis le 3 octobre 2011.

Le pharmacien peut également être rémunéré par la Régie pour un service fourni à une personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :

- 1° la personne est âgée de moins d'un an;
- 2° la personne est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale;
- 3° la personne présente une lettre de la Régie confirmant son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec.

Afin de permettre la facturation pour les clientèles mentionnées aux points 1 et 2, veuillez vous référer aux instructions de facturation présentes à l'onglet *Personnes assurées* dans le Manuel des pharmaciens.

Pour la clientèle mentionnée au point 3, vous devez transmettre la demande de paiement avec le code d'intervention ou d'exception « MA » habituellement utilisé avec une preuve temporaire d'admissibilité. De plus, vous devez conserver, dans la mesure du possible, une copie de cette lettre.

La **personne qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide** doit payer les services professionnels rendus. Par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin. Cependant, **le coût du médicament remboursé dans ce cas sera 0 \$ (zéro)** puisqu'il est fourni gratuitement aux pharmacies.

La personne qui bénéficie de ce programme est **exemptée du paiement de toute contribution prévue à la Loi sur l'assurance médicaments** pour les services reçus en vertu de ce programme.

■ **Principes à respecter :**

- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement;

**valeur**

- programme « Pandémie » ..... **06**

**Les services payables sont les suivants :**

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- l'opinion pharmaceutique;
- le service sur appel;
- médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 (code de service P);
- pilulier selon la règle 25 (code de service G).

**Section D :**

- Inscrire le code DIN du médicament.

**Remarque** : Malgré le fait que le médicament soit fourni gratuitement par la réserve provinciale du MSSS, celui-ci doit être inscrit sur la demande de paiement avec un coût égal à zéro.

**2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté**

**AVIS :** Cette section est suspendue depuis janvier 2005.

De façon exceptionnelle et lors de situations urgentes, un pharmacien autre que celui désigné peut dispenser des médicaments en vertu d'une ordonnance (voir la Règle 26 de l'annexe II de l'Entente).

■ **Principes à respecter :**

- Avant de dispenser les médicaments, le pharmacien doit communiquer avec le pharmacien désigné identifié sur le carnet de réclamation.

- **Si le pharmacien désigné est contacté :**

**valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- pharmacie désignée contactée (ou non) . . . . . UI

- Inscrire le numéro d'inscription à la Régie (2XXXXX) de la pharmacie désignée contactée.

- **Si le pharmacien désigné ne peut être contacté :**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- pharmacie désignée contactée (ou non) . . . . . UI

- La quantité du médicament payable **doit correspondre à une durée de traitement maximale de cinq jours** sauf s'il s'agit d'une des exceptions suivantes :

- PAE visé par le mécanisme de surveillance en situation d'urgence - pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à cinq jours . . . . . VE
- conditionnement indivisible du médicament.

- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellements, car les renouvellements de **cette ordonnance ne sont pas payables**.

**Remarque :** Le pharmacien doit conserver une note au dossier de la personne assurée expliquant la nature de l'urgence ou des circonstances exceptionnelles, la raison de l'inaccessibilité du pharmacien désigné et le motif empêchant de le joindre.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements = 0	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité du médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Codes d'intervention ou d'exception particuliers : <b>UI</b> ou <b>UI et VE</b>
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° pharmacie désignée, le cas échéant	N° de prescripteur	Type de prescripteur

**2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif ou anticipé)**

Les **renouvellements hâtifs** et **anticipés** font référence à l'approvisionnement en médicament d'une personne qui devance la **date prévue du renouvellement** de ce médicament (même dénomination commune, forme et teneur). Les nuances et les particularités touchant ces notions de renouvellement hâtif et de renouvellement anticipé peuvent être appréciées dans les paragraphes ci-après propres à chacune d'elle.

■ **Détermination de la date prévue du renouvellement :**

Lors de la transmission de la demande de paiement pour un médicament, le système interactif vérifie s'il s'agit du premier service pour le médicament ou non, et cela, que la demande de paiement vise une nouvelle ordonnance ou un renouvellement, servi ou non dans la même pharmacie.

- S'il ne s'agit pas du premier service, le système établit, à partir des données à l'historique (date du service et durée de traitement inscrites sur la demande de paiement précédente), la date prévue du renouvellement afin de savoir si le service facturé devance ou non cette date.

#	Date de service de la demande de paiement en traitement :	2016-12-30
#	Date de service de la demande de paiement antérieure :	2016-12-04
	Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
#	Date prévue du renouvellement :	2017-01-03 (2016-12-04 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement suivant :	2017-02-02 (2017-01-03 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement subséquent :	2017-03-04 (2017-02-02 + 30 jours)
	Et ainsi de suite	

La **date prévue du renouvellement calculée est toujours conservée en mémoire**, quelle que soit la date réelle du service de la demande de paiement en traitement, à moins d'une justification valable à l'appui fournie à l'aide d'un code d'intervention ou d'exception approprié.

- S'il s'agit du premier service, la date de service de la demande de paiement en traitement servira au calcul de la date prévue de renouvellement pour le renouvellement suivant.

■ **Renouvellement hâtif :**

Le système interactif avise le pharmacien si l'écart entre la date de service de la demande de paiement en cours et la date prévue de renouvellement calculée par le système dépasse la marge de manoeuvre acceptable :

- si la durée de traitement de la demande de paiement en cours est inférieure à 60 jours, une marge de manoeuvre de 20 % (maximum 6 jours) est considérée comme acceptable.
- si la durée de traitement de la demande de paiement en cours est égale ou supérieure à 60 jours, une marge de manoeuvre de 10 jours est considérée comme acceptable.

Les messages d'erreur signalant cette situation sont :

- D7 : renouvellement hâtif NCE : \*\*\*\*\*
- KP : renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : \*\*\*\*\*

■ **Renouvellement anticipé :**

Lorsque l'écart entre la date du service et la date prévue du renouvellement **ne dépasse pas** la marge de manoeuvre acceptable décrite ci-dessus et qu'il influence le mois de la perception de la contribution, le pharmacien est avisé de la situation avec le message suivant :

- EJ : date prévue de renouvellement (SSAA/MM/JJ)

Lorsque l'écart entre la date du service et la date prévue du renouvellement **ne dépasse pas** la marge de manoeuvre acceptable décrite ci-dessus et que la contribution est pour le mois en cours, le pharmacien ne reçoit aucun avis.

Dans ces deux situations, **l'écart détecté par le système est conservé en mémoire et est cumulatif avec tout autre écart subséquent**, à moins de le justifier à l'aide d'un code d'intervention ou d'exception approprié. Dès que le cumul des écarts dépassera la marge de manoeuvre acceptable définie précédemment, le système informera le pharmacien avec les messages D7 et KP propres à la notion du renouvellement hâtif.



**2.3.4.23 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$**

Un message d'erreur est envoyé au pharmacien si la somme des coûts du médicament et du service dépasse 1 000 \$.

Après vérification du montant facturé, le pharmacien peut confirmer la conformité de cette donnée en inscrivant le code d'intervention ou d'exception particulier.

■ **Principe à respecter :**

*valeur*

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- montant supérieur à 1 000 \$. . . . . MP

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament ou de la fourniture	Source d'approvisionnement du médicament ou de la fourniture, s'il y a lieu	Quantité du médicament ou de la fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>MP</b>
Montant du médicament ou de la fourniture	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

### # 2.3.4.24 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)

# Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale peut confirmer l'admissibilité d'une personne à recevoir des services pharmaceutiques visés par la *Loi sur l'assurance médicaments* avant qu'elle obtienne un carnet de réclamation ou qu'elle soit inscrite sur le carnet de réclamation d'un prestataire (exemple : conjoint ou enfant à charge).

Le ministère émet un document intitulé *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments* au nom de la personne en cause (voir la section 1.1.3 de l'onglet *Personnes assurées* pour la description des renseignements inscrits sur ce document).

Le document *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments* est valide **à partir de la date d'admissibilité inscrite sur le document et il ne doit être utilisé que durant le mois courant.**

**Sur présentation du document**, le pharmacien transmet une ou des demandes de paiement à la Régie en y inscrivant le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation. De plus, il conserve dans le dossier de la personne assurée le document *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments*.

#### ■ Principe à respecter :

**valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte ..... MA
- preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge ..... MB

#### ■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**:

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité du médicament ou de la fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>MA</b> ou <b>MB</b>
Montant du médicament ou de la fourniture	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.25 Thérapie parentérale**

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 une 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.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale ..... T

- Inscrire le type de service;

- selon le type de thérapie ..... A à L  
(voir tableau pour la description)

Le montant du service est calculé en additionnant les frais de service et le montant calculé à partir des tarifs par unité, en tenant compte du nombre d'unités fournies, du tarif de la première unité et de celui des unités suivantes :

# Les frais de service au 20 juin 2015 ont été établis à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

#

**Tarif au 2015-06-20**

Type	Description	Première unité	Unités suivantes
A	- Sacs à gravité avec préparation .....	14,00	6,53
B	- Sacs à gravité sans préparation .....	12,15	6,53
C	- Sacs pour pompe avec préparation .....	18,69	9,34
D	- Sacs pour pompe sans préparation .....	14,00	7,48
E	- Cassettes 50 ml avec préparation .....	14,00	6,53
F	- Cassettes 50 ml sans préparation .....	12,15	6,53
G	- Cassettes 100 ml avec préparation .....	18,69	11,20
H	- Cassettes 100 ml sans préparation .....	15,86	10,28
I	- Perfuseurs élastomériques avec préparation .....	18,69	14,92
J	- Perfuseurs élastomériques sans préparation .....	13,39	10,88
K	- Seringues avec préparation .....	6,53	2,81
L	- Seringues sans préparation .....	5,60	2,81

**Remarque :** Les types de service K et L (Seringues) ne s'appliquent pas à la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ni à l'insuline. Pour ces produits, voir les sections 2.3.4.13 et 2.3.4.26.

Pour déterminer le nombre de contenant préparés, le système cumulera le nombre de contenants facturés.

# Exemple : Le montant de service autorisé au 20 juin 2015 pour 10 sacs à gravité avec préparation sera calculé ainsi :

Frais de service	+	Tarif de la première unité	+	Tarif des unités suivantes	=	Montant total autorisé
8,96 \$	+	14,00 \$	+	(9 x 6,53 \$)	=	81,73 \$

- Inscrire les codes DIN pour les médicaments, adjuvants, solvants et fournitures utilisés pour la préparation de la thérapie parentérale.

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**Inscrire pour le code de facturation du contenant 99100585 (type de service A à D seulement)** identifiant le nombre d'unités préparées :

- le format d'acquisition 1;
- la quantité correspondant au nombre de contenants préparés;
- le coût du contenant à 0,00 \$ puisque celui-ci n'est qu'un indicateur du nombre de contenants préparés.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**:

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>T</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante et du contenant
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante et du contenant	Source d'approvisionnement de chaque composante et du contenant, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante et du contenant
Type de service : <b>A à L</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante et du contenant	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium**

Ce service consiste à remplir **sous la hotte** des seringues à l'aide de chlorure de sodium en solution injectable faisant partie de la liste des véhicules, solvants ou adjuvants de la *Liste de médicaments*. Le chlorure de sodium sert au rinçage de la tubulure et du cathéter d'une personne recevant certaines thérapies parentérales. Par conséquent, ce service n'est payable que s'il y a facturation concomitante d'une thérapie parentérale la même journée. De plus, le tarif de mise en seringue n'est applicable que si le chlorure de sodium est prescrit à cette fin.

**Aucuns frais de service ne sont associés à l'exécution ou au renouvellement de l'ordonnance d'une mise en seringue de solution de chlorure de sodium. Le montant du service autorisé est calculé uniquement à partir des tarifs unitaires des seringues remplies et fournies.**

■ **Principes à respecter :**

*valeur*

- Inscrire le code de service;
  - exécution ou renouvellement d'une mise en seringue de chlorure de sodium ..... Q
- Inscrire le type de service;
  - mise en seringue ..... A

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de seringues remplies et fournies en tenant compte du tarif pour la première seringue et de celui des seringues suivantes.

#

		Tarif au 2015-06-20	
Type	Description	Première unité	Unités suivantes
A	Mise en seringue	5,60 \$	2,81 \$

Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système cumulera le nombre de seringues facturées.

#

Exemple : Le montant du service autorisé au 20 juin 2015 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

$$\begin{array}{rclcl}
 \text{Tarif de la première unité} & + & \text{Tarif des unités suivantes} & = & \text{Montant total autorisé} \\
 5,60 \$ & + & (9 \times 2,81 \$) & = & 30,89 \$
 \end{array}$$

- Inscrire le code DIN de la solution de chlorure de sodium injectable et le code DIN des seringues utilisées. Si différents types de seringue sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes.

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>Q</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante et seringue
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante et seringue	Source d'approvisionnement de chaque composante et seringue, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante et seringue
Type de service : <b>A</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante et seringue	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.27 Préparation de solution ophtalmique**

Ce service consiste en la préparation d'une solution ophtalmique **sous la hotte** à l'aide de produits (médicaments et/ou véhicules) de la *Liste de médicaments* dont le mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section des renseignements généraux de la *Liste de médicaments*.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique. . . . . R

- Inscire le type de service;

- préparation de solution ophtalmique . . . . . A

Le montant des frais de service est calculé en additionnant les frais de service au tarif par unité en fonction du nombre de contenants préparés;

# Les frais de service au 20 juin 2015 ont été établis à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

Pour déterminer le nombre de contenants préparés, le système retiendra la quantité facturée du code de facturation du contenant (99100528).

#

		<b>Tarif au 2015-06-20</b>
<b>Type</b>	<b>Description</b>	par unité
A	Préparation ophtalmique	15,86 \$

#

Exemple : Le montant du service autorisé au 20 juin 2015 pour la préparation sous la hotte d'une unité de solution ophtalmique sera calculé ainsi :

Frais de service	+	Nombre d'unités x Tarif unitaire	=	Montant total autorisé
8,96 \$	+	(1 x 15,86 \$)	=	24,82 \$

- Inscire le code DIN du ou des médicaments utilisés pour la préparation de la solution ophtalmique, le code DIN du ou des adjuvants, s'il y a lieu, ainsi que le code de facturation du contenant (99100528). Celui-ci ne sert qu'à préciser le nombre de contenants de solution ophtalmique préparés.

**Inscire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

**Inscire pour le code de facturation du contenant (99100528) :**

- le format d'acquisition 1;
- la quantité correspondant au nombre de contenants préparés;
- le coût du médicament à 0,00 \$ pour le contenant puisque celui-ci n'est qu'un indicateur de la quantité de contenants de solution ophtalmique préparés.

Le **montant des fournitures utilisées pour la préparation est inclus dans le tarif par unité** et n'a pas à être inclus dans le montant du médicament. Il s'agit notamment des seringues servant à la dilution et au transfert des produits, des bouteilles stériles vides, etc.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>R</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante et du contenant
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition de chaque composante et du contenant	Source d'approvisionnement de chaque composante et du contenant, s'il y a lieu	Quantité de chaque composante et du contenant
Type de service : <b>A</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de chaque composante et du contenant	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu



**2.3.4.28 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence**

- # Cette entente particulière permet au pharmacien d'être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. Pour avoir droit à ce tarif (18,02 \$ à partir du 20 juin 2015), le pharmacien doit être titulaire d'une attestation de formation délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Est admissible au programme toute femme ayant besoin d'avoir recours à la contraception d'urgence qui réside au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie. De plus, la personne concernée doit présenter une carte d'assurance maladie valide ou un carnet de réclamation pour avoir droit au programme.

Ce programme rembourse seulement le coût des services professionnels reliés à la prescription de la contraception orale d'urgence.

Les frais relatifs à l'exécution d'une ordonnance de contraception orale d'urgence et le coût des médicaments ne sont pas visés par ce programme. Ces frais continuent d'être remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il est à noter que le pharmacien qui a prescrit la contraception orale d'urgence doit exécuter lui-même l'ordonnance.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement;

- programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence . . . . . 04

- Inscrire le code de service;

- prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence . . . . . 4

- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement;

- Inscrire :

- le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie « 4XXXXX » du pharmacien qui fait la prescription;
- le numéro de pharmacien instrumentant correspondant au numéro d'inscription à la Régie soit « 4XXXXX », il peut être **identique** au numéro du prescripteur.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>4</b>	Code de programme : <b>04</b>
Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	N <sup>o</sup> de prescripteur : <b>pharmacien</b>
Type de prescripteur		

**2.3.4.29 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques**

Les frais de l'emballage d'un paquet pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques sont payables au pharmacien dispensateur.

- # Le tarif payable est de 5,74 \$ par paquet au 20 juin 2015, peu importe le type de transport, même si le paquet contient plus d'une préparation stérile.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . . 8

- # Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 5,74 \$.

**Remarque :** L'exécution ou le renouvellement de l'ordonnance doit être facturé avec le code de service propre à la thérapie parentérale « code : T » ou de la solution ophtalmique « code : R ».

- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

- Inscrire un des numéros d'ordonnance présents sur le colis. Ce numéro doit être le même que celui qui figure sur la transaction de demande de paiement pour l'exécution ou le renouvellement d'ordonnance.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C;**

- les données suivantes de la **section D;**

	Numéro de l'ordonnance correspondant au numéro de l'ordonnance du médicament	Code de service : <b>8</b>	
#	Nombre de renouvellements : doit correspondre au nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
	N° de prescripteur	Type de prescripteur	

## # 2.3.4.31 Transmission d'un profil

La règle 12 de l'Entente des pharmaciens prévoit une rémunération 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.

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code de service;
  - transmission d'un profil. .... 2

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$.

- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement;
- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Les renseignements suivants devront être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé pour effectuer ladite facturation et versés au registre :
  - la date de 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.
- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie.

Note : S'il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière), inscrire les 5 premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom. Dans ce cas, le type de prescripteur devra correspondre à 99.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des sections **A, B et C**;
- toutes les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>2</b>	Montant du service
N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur

## # 2.3.4.32 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive

La règle 28 de l'Entente prévoit une rémunération lorsqu'un pharmacien demande une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime public d'assurance médicaments. Les services ont été fournis au-delà d'une période de 99 jours selon le tarif prévu au point 21 de l'annexe III de l'Entente lorsque le pharmacien transmet la réclamation de façon interactive ou en complétant le formulaire 3621 prévu à cette fin.

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code de service;
  - transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive . . . . . 5

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 1,13 \$ par service.

- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement;
- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire dans le champ « Quantité » le nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours pour l'ensemble du dossier pour un lot de demandes facturées;
- Inscrire le numéro du prescripteur d'une des demandes de paiement facturées rétroactivement.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C;**
- toutes les données suivantes de la **section D;**

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>5</b>	Quantité : nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours
Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	N <sup>o</sup> de prescripteur
Type de prescripteur		

## # 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25

La règle 25 de l'Entente prévoit, lorsque l'ordonnance est fournie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24, que le tarif hebdomadaire applicable corresponde à 25 % du tarif 1B de l'annexe III de l'Entente. Un maximum d'honoraires sera établi afin de respecter le principe d'une rémunération maximale pour une durée de traitement de 90 jours ou plus tel que prévue par la règle 25.

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code de service;

- pilulier selon la règle 25 ..... G

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 2,24 \$ par période de 7 jours (maximum 26,88 \$) et à 2,09 \$ (maximum 25,11 \$) lorsque que le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire une durée de traitement correspondant au nombre de piluliers servis;

- Inscrire le montant du service selon le nombre de piluliers servis jusqu'au maximum d'honoraires permis.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;

- toutes les données de la **section D**, en tenant compte des principes mentionnés précédemment. Les données requises apparaissent dans le tableau qui suit :

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>G</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée de traitement selon le nombre de piluliers servis	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service jusqu'au maximum permis	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## # 2.3.4.34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique

La règle 25 de l'Entente des pharmaciens prévoit des tarifs calculés sur une base journalière pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus 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.

Sont exclus de cette rémunération :

- les médicaments de l'annexe G des règlements de la *Loi sur les aliments et drogues (contrôlées)* lors d'un ajustement de doses;
- les médicaments assujettis au *Règlement sur les stupéfiants (narcotiques)*;
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19.

Pour ces exclusions, vous devez indiquer le code de service correspondant au type de rémunération auquel vous avez droit.

**Maladie chronique**

La rémunération de chaque service est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés (90 jours de traitement maximum). Cependant, les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19 sont exclus de cette rémunération.

■ **Principes à respecter :**

- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide;

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique. . . . . N

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 0,30 \$/jour (maximum 27,00 \$) et 0,28 \$/jour (maximum 25,20 \$) lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- toutes les données suivantes de la **section D** en tenant compte des principes mentionnés précédemment;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>N</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée de traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

# **Services chroniques de moins de 7 jours**

Lorsque le pharmacien fournit un médicament pour une durée de traitement de moins de sept jours pour les cas suivants (selon la quantité inscrite sur l'ordonnance) :

- 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 facturation pour l'ensemble de la médication de la personne assurée doit s'effectuer comme suit, pour une même date de service et une même durée de traitement de moins de sept jours :

- la rémunération de la première ordonnance doit correspondre à l'exécution ou renouvellement d'une ordonnance (code de service « O »);
- la rémunération des ordonnances subséquentes doivent correspondre à l'exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de sept jours (code de service « 6 »).

■ **Principes à respecter :**

- La durée du traitement doit être de moins de sept jours;
- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide;

**valeur**

- Inscire le code de service;

- exécution et renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours . . . . . 6

Lors de l'exécution d'une ordonnance, le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 4,67 \$ et à 4,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

Lors du renouvellement d'une ordonnance, le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 4,48 \$ et à 4,19 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- toutes les données suivantes de la **section D** en tenant compte des principes mentionnés précédemment;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>6</b>	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée de traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## # 2.3.4.35 Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive

Selon la règle 2 de l'Entente des pharmaciens, le seul service applicable concernant les formules nutritives est l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance de formules nutritives.

■ **Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le code service;

- exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive . . . . . E

# Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 6,93 \$ et à 5,97 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>E</b>	Code <b>DIN</b> de la formule nutritive
Nature/expression de l'ordonnance	Montant du service	Format d'acquisition de la formule nutritive
Code de sélection		Quantité de la formule nutritive
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant de la formule nutritive
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N <sup>o</sup> de prescripteur	Source d'approvisionnement de la formule nutritive, s'il y a lieu
Durée du traitement	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue de la formule nutritive, s'il y a lieu



## # 2.3.4.36 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes

La règle 29 de l'Entente des pharmaciens prévoit un tarif particulier lorsque le pharmacien exécute une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes et qu'il supervise la prise du médicament, et ce, qu'il nécessite ou non une préparation magistrale.

Les médicaments facturés, lors de ce traitement, sont des narcotiques, catégorie de médicaments qui ne peuvent être acceptés en renouvellement. Ainsi, la nature doit obligatoirement correspondre à une nouvelle ordonnance et un numéro différent doit être attribué à chaque facturation.

■ **Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le code de service;

- traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes . . . . . J

- Inscrire le type de service correspondant à la situation;

- facturation des honoraires payables une seule fois par jour pour la supervision de la prise de médicament . . . . . A
- facturation des honoraires payables pour la facturation de teneurs différentes de Suboxone . . . . . B
- facturation des médicament(s) délivré(s) sans honoraires lorsque plus d'une dose quotidienne est requise . . . . . C

# Le montant du service est déterminé en fonction du type de service délivré et a été établi au 20 juin 2015 à :

- A : 14,26 \$ et 13,26 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint
- B : 9,34 \$ et 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint
- C : 0,00 \$

- Inscrire le ou les codes DIN de la Méthadone (chlorhydrate de) ou de la Buprénorphine/naloxone ainsi que le ou les codes DIN des adjuvants utilisés, s'il y a lieu;

- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellement, car le renouvellement de cette ordonnance **n'est pas payable**;

**Inscrire pour chaque composante utilisée :**

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>J</b>	Code <b>DIN</b> de chaque composante
Nature/expression de l'ordonnance : <b>N</b>	Type de service : <b>A, B</b> ou <b>C</b>	Format d'acquisition de chaque composante
Code de sélection	Montant du service : <b>déterminé selon le type de service</b>	Quantité de chaque composante
Nombre de renouvellements : <b>0</b>	Type de prescripteur	Montant de chaque composante
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement de chaque composante, s'il y a lieu
Durée de traitement	N° pharmacien instrumentant	

■ **Particularités :**

Lorsque la personne détient des privilèges et que plusieurs doses de la même teneur lui sont remises, la quantité totale de ces doses doit être facturée sur la même demande de paiement.

## # 2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible

Le système refuse la facturation partielle d'un produit de format indivisible lorsqu'il est fourni sous la forme d'un pilulier (code de service P ou G). Afin de permettre la facturation des produits « Anovulants » dont la quantité facturée est une fraction de la quantité du format, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier.

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire un des codes de service suivants;

- médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 ..... P
- pilulier selon la règle 25 ..... G

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- pour permettre la facturation en piluliers d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format ..... PI

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>P</b> ou <b>G</b>	Code <b>DIN</b> de l'anovulant
Nature/expression de l'ordonnance	Montant du service : <b>déterminé selon le code de service</b>	Format d'acquisition de l'anovulant
Code de sélection		Quantité de l'anovulant
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant de l'anovulant
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement de l'anovulant, s'il y a lieu
Durée de traitement selon le nombre de piluliers servis	N° pharmacien instrumentant	Code d'intervention ou d'exception : <b>PI</b>

**# 2.3.4.38 Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)**

Concernant le remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons, certaines clientèles particulières peuvent être exemptées du paiement excédentaire lié à l'application du prix maximum payable (PMP) ou du prix le plus bas (PPB). Pour ce faire, une demande d'exemption du prix maximum payable (formulaire 8500) pour le médicament doit être autorisée par la Régie.

Si le code de produit facturé est celui pour lequel une demande d'exemption a été approuvée par la Régie, aucun excédent ne sera calculé pour la personne assurée.

Par contre, si le code de produit facturé est différent de celui inscrit sur la demande d'exemption (même dénomination commune) et que la facturation doit être acceptée telle quelle, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier à cette situation.

**■ Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;

- pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien. . . . . DQ

**■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service	Code <b>DIN</b> du médicament
Nature/expression de l'ordonnance	Montant du service	Format d'acquisition du médicament
Code de sélection		Quantité du médicament
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant du médicament
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N <sup>o</sup> de prescripteur	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu
Durée de traitement	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	
Code d'intervention ou d'exception : <b>DQ</b>		

## # 2.3.4.39 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament

Le pharmacien peut évaluer le besoin d'un traitement médicamenteux pour l'une ou l'autre des conditions mineures ou lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Conformément à la décision rendue au patient, le pharmacien prescrit ou non un médicament pour la condition évaluée. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

■ **Principes à respecter :**

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament . . . . . V

Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 16,00 \$.

**Pour le traitement de conditions mineures**

- Inscrire le type de service;

- pour le traitement de conditions mineures . . . . . A

- Identifier un seul code d'intervention pour la condition mineure;

- la rhinite allergique . . . . . GA
- l'herpès labial . . . . . GB
- l'acné mineure (sans nodule ni pustule) . . . . . GC
- la vaginite à levure (\*) . . . . . GD
- l'érythème fessier . . . . . GE
- la dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée . . . . . GF
- la conjonctivite allergique . . . . . GG
- le muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde . . . . . GH
- les aphtes buccaux . . . . . GI
- la dysménorrhée primaire (\*) . . . . . GJ
- les hémorroïdes . . . . . GK
- l'infection urinaire chez la femme (\*). . . . . GL

(\*) Les codes GD, GJ et GL sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

**Pour le traitement des cas où aucun diagnostic n'est requis**

- Inscrire le type de service;

- pour les cas où aucun diagnostic n'est requis . . . . . B

- Identifier un seul code d'intervention pour les cas nécessitant aucun diagnostic;

- la diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation . . . . . HA
- la prophylaxie du paludisme . . . . . HB
- supplémentation vitaminique en périnatalité (\*) . . . . . HC
- les nausées et vomissements reliés à la grossesse (\*). . . . . HD
- la cessation tabagique (excluant la prescription de la varenicline et du bupropion . . . . . HE
- contraception hormonale à la suite d'une prescription d'un médicament requis à des fins de  
contraception orale d'urgence, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut  
être prolongée pour une durée maximum de 3 mois (\*) . . . . . HF
- pédiculose . . . . . HG
- prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve . . . . . HH
- prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque . . . . . HI
- prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou  
du sildénafil) . . . . . HJ

(\*) Les codes HC, HD et HF sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>V</b>	Code d'intervention ou d'exception : <b>inscrire un seul code</b>
Nature/expression de l'ordonnance : <b>N</b>	Montant du service	N° de prescripteur : <b>4XXXXX</b>
Type de prescripteur : <b>56</b>	Type de service : <b>A ou B</b>	N° pharmacien instrumentant

## # 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques

Le pharmacien peut prendre en charge l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, préalablement fournies par le médecin traitant.

La prise en charge se divise en trois catégories de champs thérapeutiques :

Catégorie	Champ thérapeutique
1	Hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)
2	Diabète insulino-dépendant
3	Anticoagulothérapie

Le service comprend une rencontre initiale et par la suite, des rencontres de suivi. Le tarif de ce service est associé au type de service et au nombre de rencontres.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

## ■ Principes à respecter :

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques . . . . . W

- Inscrire le type de service qui identifie les rencontres initiales, les rencontres de suivi et l'arrêt de prise en charge en tenant compte des catégories de champs thérapeutiques;

- Catégories 1 et 2
  - A : Rencontre initiale catégories 1 et 2
  - B : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 1
  - C : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 2
- Catégorie 3
  - D : Rencontre initiale
  - E : Prise en charge, montant forfaitaire mensuel
- Catégories 1, 2 et 3
  - Z : Arrêt de prise en charge toute catégorie

- Identifier par un code d'intervention le champ thérapeutique (voir le tableau). Lors d'une rencontre initiale pour les catégories 1 et 2, il peut y avoir plusieurs codes d'intervention. Toutefois, pour les rencontres initiales ou de suivi de catégorie 3 ainsi que pour un arrêt de prise en charge, un seul code d'intervention doit être présent;

Catégorie	Code d'intervention	Description du code d'intervention
1	KA	Hypertension artérielle
1	KB	Dyslipidémie
1	KC	Hypothyroïdie
1	KD	Diabète non insulino-dépendant
1	KE	Migraine (traitement prophylactique)
2	KF	Diabète insulino-dépendant
3	KG	Anticoagulothérapie

- Les montants du service au 20 juin 2015 se trouvent dans le tableau suivant; ils sont conséquents du type de service effectué;

Type de service		Code d'intervention	Tarif (\$)	Information supplémentaire
A	Rencontre initiale	KA à KF	15,50	Un seul code d'intervention
	Catégories 1 et 2		19,50	Deux codes d'intervention et plus
B	Prise en charge, Catégorie 1	KA à KE	Forfait annuel <sup>1</sup> 40,00 20,00 par réclamation Maximum de 2 réclamations rémunérées par année	Un minimum de 2 interventions de suivi par année auprès du patient, spécifiques à l'atteinte des cibles, sont exigées. Les interventions doivent être documentées au dossier du patient.
C	Prise en charge, Catégorie 2	KF	Forfait annuel <sup>1</sup> 50,00 16,67 par réclamation Maximum de 3 réclamations rémunérées par année	Un minimum de 3 interventions de suivi par année auprès du patient, spécifiques à l'atteinte des cibles, sont exigées. Les interventions doivent être documentées au dossier du patient.
D	Rencontre initiale Catégorie 3	KG	18,50	
E	Prise en charge, montant forfaitaire mensuel Catégorie 3	KG	Forfait mensuel de 16,00	Maximum 1 réclamation rémunérée par mois
Z	Arrêt de prise en charge <sup>2</sup>	KA à KG	s/o	

1. Si une personne assurée a une prise en charge sur plusieurs champs thérapeutiques, le tarif du forfait annuel est réduit de 50 % pour le deuxième champ thérapeutique pris en charge ainsi que pour les champs thérapeutiques subséquents, s'il y a lieu.
2. Si une personne assurée a une prise en charge sur plusieurs champs thérapeutiques et s'il y a un arrêt de prise en charge en lien avec le premier champ thérapeutiques traité, le deuxième champ thérapeutique traité deviendra payable à plein tarif. Les autres demeureront payables à 50 %.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>W</b>	Code d'intervention ou d'exception : <b>inscrire le ou les code(s) approprié(s)</b>
Nature/expression de l'ordonnance : <b>N</b>	Montant du service :	N <sup>o</sup> de prescripteur : <b>4XXXXX</b>
Type de prescripteur : <b>56</b>	Type de service : <b>inscrire le type de service approprié</b>	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant



## # 2.3.4.41 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation

Pour une personne assurée concernée, ce service est payable une seule fois par période de 12 mois, et ce, peu importe le nombre d'ordonnances prolongées.

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

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

■ **Principes à respecter :**

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;
- Inscrire un nouveau numéro d'ordonnance pour chaque facturation;

**valeur**

- Inscrire le code de service;

- service de l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation . . . . . Z

Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 12,50 \$, une seule fois par personne assurée, par période de 12 mois pour l'ensemble des pharmacies.

- La durée totale de traitement pour au moins une des ordonnances faisant l'objet du service de prolongation doit être plus grande que 30 jours;

Par exemple, vous renouvelez trois ordonnances dont les durées de traitement sont :

- ordonnance 1 : durée de traitement totale de 15 jours
- ordonnance 2 : durée de traitement totale de 31 jours
- ordonnance 3 : durée de traitement totale de 60 jours

Si seule l'ordonnance 1 est prolongée, le service de prolongation n'est pas payable.

Dans cet exemple, puisque les ordonnances 2 et 3 sont également prolongées pour des durées de traitement de plus de 30 jours, un seul service de prolongation est payable.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>Z</b>	Type de prescripteur : <b>56</b>
Nature/expression de l'ordonnance : <b>N</b>	Montant du service	N° de prescripteur : <b>4XXXXX</b>
Durée de traitement : <b>&gt; 30</b>		N° pharmacien instrumentant

**# 2.3.4.42 Nouvelles activités professionnelles non rémunérées**

Les nouvelles activités professionnelles non rémunérées sont des services assurés. Elles ne peuvent en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant au niveau du régime public que des régimes privés.

Les nouvelles activités professionnelles non rémunérées sont :

- Le service de substitution du médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement au Québec;
- Le service d'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié;
- Le service de prescription d'analyse de laboratoire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse;
- L'ajustement d'une ordonnance d'un médecin en modifiant la forme, la dose afin d'assurer la sécurité du patient, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit.

### 2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie

#### 2.3.5.1 Médicament d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament d'exception pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation, inscrit le code de programme 41.

**À compter du 25 avril 2007**, un nouveau mécanisme qui s'appuie sur une **codification des indications reconnues** s'ajoute à ceux offerts par la Régie pour donner accès à certains médicaments d'exception. Pour donner accès aux médicaments visés par la codification aux personnes qui répondent aux critères, le prescripteur peut opter pour le mécanisme de codification ou obtenir une autorisation via les mécanismes traditionnels (soumettre une demande d'autorisation papier ou en ligne).

Un répertoire sur ces médicaments est disponible dans le site Internet de la Régie. Il regroupe toute l'information sur les indications reconnues pour leur paiement.

**Remarque :** Voir la section *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments d'exception.

#### ■ Principes à respecter :

**valeur**

- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement

• médicament d'exception ..... 41

#### ■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

- toutes les données des **sections A et B**;

- toutes les données de la **section C** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus;

- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament d'exception
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament d'exception	Source d'approvisionnement du médicament d'exception, s'il y a lieu	Quantité du médicament d'exception
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament d'exception	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.5.2 Mesure du patient d'exception**

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament visé par la mesure du patient d'exception, inscrit le code de programme 40 pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation.

**Remarque :** Voir la section *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments visés par la « Mesure du patient d'exception ».

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code de programme auquel s'applique la demande de paiement;
    - patient d'exception ..... 40
  - Inscrire le code de médicament (DIN) paraissant sur la lettre d'autorisation de la Régie.  
Si absent :
    - Inscrire le même code de médicament (DIN) qui figure dans la liste que le pharmacien utilise pour la facturation aux tiers payeurs (assurances privées);
  - ou**
    - Inscrire le code de médicament (DIN) inscrit sur l'étiquette du contenant du médicament autorisé si ce dernier n'est pas dans la liste précitée (tiers payeurs : assurances privées).
- Dans tous les cas, inscrire 0 dans le champ format d'acquisition.

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A et B**;
- toutes les données de la **section C** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition : <b>0</b>	Source d'approvisionnement	Quantité du médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

**2.3.5.3 Considération spéciale**

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :

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

La demande de paiement pour un service assuré faisant l'objet d'une considération spéciale sera refusée à moins que le pharmacien n'ait obtenu préalablement une autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite de la Régie (voir la section 2.1 *Assistance aux pharmaciens*).

Les modalités d'établissement du montant du médicament ou de la fourniture et celui du service seront déterminées au moment de l'autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite, à la suite de l'expertise d'un pharmacien de la Régie.

■ **Principe à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
  - une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie ..... CS

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de la fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>CS</b>
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée**

Le principe général veut que la Régie calcule le montant de la contribution à percevoir de la personne assurée pour une ordonnance de longue durée (durée de traitement supérieure à 31 jours) proportionnellement au nombre de périodes de 31 jours incluses dans la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement.

Si le pharmacien a des raisons de croire que la méthode de calcul est inadéquate pour une ordonnance donnée, il peut communiquer avec la Régie afin de vérifier si une autorisation peut être accordée en vue de modifier exceptionnellement les modalités du calcul de la contribution à prélever.

Sur autorisation préalable de la Régie après appréciation de la situation particulière, une seule contribution mensuelle sera perçue en utilisant le code d'intervention et d'exception approprié.

■ **Principes à respecter :**

**valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation particulière

- ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie ..... DN

■ **Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :**

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code <b>DIN</b> du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité du médicament ou de la fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : <b>DN</b>
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

### 2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement

Pour chaque demande de paiement transmise à la Régie, une réponse est envoyée à la pharmacie. Les renseignements contenus dans la réponse permettent au système en pharmacie d'imprimer le reçu de la personne assurée (voir la section 2.7).

Les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors de l'autorisation de la demande de paiement. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit:
  - demande de paiement acceptée telle que transmise;
  - demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service;
  - demande de paiement refusée.
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé du médicament ou de la fourniture;
- le montant du service professionnel accepté (la réduction découlant de l'application du plafond d'ordonnances y est déduite, le cas échéant);
- le montant de franchise à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant total cumulé des contributions de la personne assurée pour le mois en cours (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant qui reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale pour le mois en cours, s'il y a lieu (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant total payé par la Régie pour le service et le médicament ou la fourniture.

## 2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

La transaction d'annulation permet d'annuler une demande de paiement qui a été auparavant autorisée par la Régie. Cette transaction est utilisée lorsqu'un service pharmaceutique n'est pas rendu à la suite de l'autorisation par la Régie. Il en est de même lorsqu'une erreur est détectée par le pharmacien à la lecture de la réponse transmise par la Régie après l'autorisation de la demande de paiement ou lors de la conciliation en pharmacie des transactions effectuées avec la Régie.

Après l'annulation, une nouvelle demande de paiement peut être soumise pour corriger la situation. Lorsque l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la transmission d'une nouvelle demande de paiement se font en présence de la personne assurée, la contribution peut être perçue sans problème. Si l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la facturation d'une nouvelle demande de paiement, se font en l'absence de la personne assurée, il est de la responsabilité du pharmacien de corriger la situation auprès d'elle si la contribution est modifiée.

**Le pharmacien dispose d'un délai de 7 jours additionnels, à partir du moment où la demande de paiement a été transmise (date de la transaction) pour soumettre en direct l'annulation de la demande de paiement.** À l'expiration de ce délai, il doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens.

Les renseignements à transmettre à la Régie pour l'annulation d'une demande de paiement sont les suivants :

■ **Section A : éléments de contrôle, destination et raison de la transaction**

- le numéro de version de la norme;
- le code de la transaction effectuée (valeur 11);
- le numéro d'identification du développeur de logiciel;
- le numéro de version du logiciel utilisé en pharmacie.

**Ces renseignements sont transmis automatiquement par le logiciel de facturation utilisé.**

■ **Section B : données de dispensation**

- le numéro de la pharmacie (6 chiffres);
- la date de service (AAMMJJ);
- le numéro de contrôle de la demande de paiement à annuler;

■ **Section C : identification de la personne assurée**

- le numéro d'assurance maladie (champ non obligatoire).

■ **Section D : ordonnance et service professionnel**

- le numéro de l'ordonnance;
  - la date de la transaction;
- Il s'agit de la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement qui fait l'objet de l'annulation.

**Si la personne assurée fait remplir plus d'une ordonnance lors d'une visite à la pharmacie et qu'elle refuse une de ses ordonnances pour un motif quelconque, le pharmacien doit alors annuler la demande de paiement pour l'ordonnance refusée ainsi que la ou les suivantes, le cas échéant. Par la suite, il doit soumettre une nouvelle demande de paiement pour chaque ordonnance acceptée par la personne assurée. Ce principe s'applique également pour toute demande de paiement facturée à une date de service postérieure à la date de service de la demande de paiement annulée. Cela est requis pour remettre à jour l'état des contributions cumulées pour la personne assurée.**

Pour chaque annulation transmise à la Régie, une réponse est retournée en mode interactif à la pharmacie. La réponse contient les éléments d'information nécessaires pour déterminer le montant du service et le montant du médicament ou de la fourniture inscrits sur la demande de paiement annulée par la Régie. De plus, elle comprend *les montants de contribution que la Régie ne considère plus comme perçus auprès de la personne assurée pour la demande de paiement annulée.*



Cette réponse permet au système en pharmacie d'informer adéquatement le pharmacien sur le traitement effectué.

Plus précisément, les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement annulée;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement annulée;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors du traitement de la demande d'annulation. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit:
  - demande d'annulation acceptée;
  - demande d'annulation refusée;
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur au maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé initialement du médicament ou de la fourniture sur la demande de paiement annulée;
- le montant du service professionnel initialement autorisé sur la demande de paiement annulée;
- le montant de franchise de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant total pour le service et le médicament ou la fourniture de la demande de paiement annulée.

## 2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER

Il est possible pour chaque pharmacie d'obtenir quotidiennement de la Régie un sommaire par pharmacie des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date particulière. Ce sommaire permet de concilier le nombre de transactions de chaque type et les montants autorisés ou annulés.

Idéalement, cette conciliation devrait être effectuée pour chaque journée au cours de laquelle une pharmacie a transmis des transactions à la Régie. Cela permet de déceler rapidement les anomalies ou les incohérences dans les traitements sans attendre la réception de l'état de compte. Il est alors plus facile, de part et d'autre, de procéder aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu.

**La pharmacie peut obtenir le sommaire journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.**

La réponse à une transaction de sommaire journalier consiste à donner, pour chaque type de transaction effectuée par une pharmacie à une date donnée, le nombre total de transactions faites et les montants totaux autorisés ou annulés.

À noter qu'il y a **deux types de transaction d'annulation**. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

**Le critère de sélection des transactions qui sont cumulées dans le sommaire journalier est la date de la transaction, c'est-à-dire la date à laquelle la demande de paiement a été autorisée.**

## 2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER

Il est possible d'obtenir de la Régie un détail des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date donnée. Ce détail permet de concilier chaque transaction et le montant autorisé ou annulé.

Chaque type de transaction doit être demandé séparément. On peut demander les transactions à partir du début de la journée ou pour une plage de numéros d'ordonnance.

**La pharmacie peut obtenir le détail journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.**

**Remarque :** Cette transaction devrait toutefois n'être effectuée que lorsque des erreurs sont décelées à la conciliation du sommaire journalier. Ce sont des transactions complexes, qui demandent beaucoup de traitement et qui ne permettent d'accéder **qu'à 14 détails de transactions** à la fois.

Donc, pour obtenir le détail complet d'une journée où une pharmacie aurait effectué 500 transactions avec la Régie, il faudrait faire près de 40 transactions de détail journalier consécutives.

La réponse à une transaction de détail journalier permet d'obtenir, pour le type de transaction spécifié et à la date demandée, le numéro de l'ordonnance et le montant autorisé ou annulé.

Cette réponse est présentée selon l'ordre chronologique de transmission des demandes de paiement répertoriées pour le détail journalier.

À noter qu'il y a **deux types de transaction d'annulation**. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

**Le critère de sélection des transactions qui sont cumulées dans le détail journalier est la date de la transaction, c'est-à-dire la date à laquelle la demande de paiement a été autorisée.**

## 2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE

Le système en pharmacie doit produire un reçu clair et détaillé qui sera remis à la personne assurée pour chaque médicament fourni. Lorsque les services et les médicaments sont assurés par la Régie, le reçu doit contenir toute l'information pertinente pour que la personne assurée puisse comprendre comment a été établi le montant de sa contribution pour le service reçu, le total des contributions qu'elle a payées et le montant qu'il lui reste à payer avant d'atteindre sa contribution maximale pour la période en cours.

### EXEMPLE DE REÇU

Pharmacie XYZ						
Adresse ligne 1						
Adresse ligne 2, Tél. : 123-4567						
PATIENT: M. Untel Jean						
Adresse ligne 1						
Adresse ligne 2						
<b>SPÉCIMEN</b>						
QUANTITÉ	MÉDICAMENT					
NUMÉRO RX	PRESCRIPTEUR					
30.0	xxxxxxxxxxxxx DIN: 03333333					
333333	DR: NOM, PRÉNOM					
COÛT DE L'ORDONNANCE:						
MONTANT ASSURÉ - RAMQ:						
EXCÉDENT NON ASSURÉ:	0,00					
MONTANT PAYÉ - RAMQ:						
ÉTAT DES CONTRIBUTIONS						
AN	MOIS	COÛT	FRANCHISE	COASSURANCE	PAYÉES À	RESTE AVANT
		PAR PÉRIODE			CE JOUR	PLAFOND
20AA	JUILLET					
<b>TOTAL</b>					Total contribution :	
					Total à payer :	
MESSAGE LIGNE 1						
MESSAGE LIGNE 2						
MESSAGE LIGNE 3						
NUMÉRO DE RÉF.: 22223						
DATE: 20AA-07-01						

Le reçu doit indiquer clairement, pour chaque médicament reçu :

1. la raison sociale de la pharmacie et son adresse
2. les coordonnées de la personne assurée (nom de famille à la naissance, prénom et adresse)
3. le médicament (quantité, numéro de l'ordonnance, nom du médicament et code DIN)
4. le prescripteur (nom et prénom)
5. les coûts, soit :
  - 5.1 le coût de l'ordonnance
  - 5.2 le montant assuré par la Régie, s'il y a lieu
  - 5.3 l'excédent non assuré par la Régie et assumé par la personne assurée, s'il y a lieu
  - 5.4 le montant payé par la Régie (montant assuré par la Régie - contribution perçue)
6. l'état des contributions mensuelles :
  - 6.1 la période de contribution (année, mois)
  - 6.2 le coût de l'ordonnance par période
  - 6.3 la franchise
  - 6.4 la coassurance
  - 6.5 le montant cumulé des contributions par période
  - 6.6 le montant qu'il reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale par période
7. le total des contributions à payer par la personne assurée
8. le numéro de référence émis par la Régie
9. la date d'obtention du service
10. total à payer (excédent non assuré + contribution à payer)

## 2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE

Les messages suivis de (◆) s'appliquent à des renseignements qui peuvent être produits automatiquement par le logiciel de facturation utilisé en pharmacie.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
02	NO de version de la norme en erreur (◆)	1. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
03	Code de transaction en erreur (◆)	1. Le <b>code de transaction</b> est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enregistrer une demande de paiement : 01</li> <li>- Annuler une demande de paiement : 11</li> <li>- Consulter le sommaire journalier : 30</li> <li>- Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31</li> <li>- Consulter le détail des annulations traitées : 32</li> <li>- Consulter le détail des annulations antérieures : 33</li> </ul> 2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
04	NO de développeur de logiciel en erreur (◆)	1. Le <b>numéro de développeur de logiciel</b> est obligatoire et le développeur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
05	Numéro de version de logiciel en erreur (◆)	1. Le <b>numéro de version de logiciel</b> est obligatoire et le développeur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
21	Numéro de pharmacie en erreur (◆)	1. Le <b>numéro de pharmacie</b> est obligatoire. Il est formé de 5 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la Régie et d'un chiffre de contrôle. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
22	Date de service en erreur (◆)	1. La <b>date de service</b> est obligatoire et doit être de format SSAA-MM-JJ SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour). Exemple : 2016-07-01. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
23	Numéro de contrôle externe en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le <b>numéro de contrôle externe</b> est obligatoire. Il est formé de 6 chiffres dont les 4 derniers forment un nombre supérieur à zéro.</li> <li>2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.</li> </ol>
30	Code de programme absent ou en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier que le <b>code de programme</b> est égal à l'une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- programme <b>MTS</b> avec particularité (traitement d'une personne atteinte de MTS) = <b>1K</b></li> <li>- programme <b>MTS</b> avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) = <b>1L</b></li> <li>- programme « <b>Tuberculose</b> » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) = <b>2K</b></li> <li>- programme « <b>Tuberculose</b> » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) = <b>2L</b></li> <li>- programme « <b>Tuberculose</b> » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = <b>2R</b></li> <li>- programme « <b>Tuberculose</b> » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = <b>2S</b></li> <li>- mesure du <b>patient d'exception</b> = <b>40</b></li> <li>- programme <b>médicament d'exception</b> = <b>41</b></li> <li>- programme de gratuité des services reliés à la <b>contraception orale d'urgence</b> = <b>04</b></li> <li>- programme de <b>gratuité des médicaments en cas de pandémie</b> = <b>06</b></li> </ul> <p>Voir section 2.3.4.15 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i>, section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>, section 2.3.5.1 <i>Médicament d'exception</i>, section 2.3.5.2 <i>Mesure du patient d'exception</i>, section 2.3.4.28 <i>Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence</i> et section 2.3.4.17 <i>Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie</i>.</p> </li> </ol>
32	Numéro de la personne assurée en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si le <b>numéro d'assurance maladie (NAM) figure</b> sur la demande de paiement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- vérifier s'il correspond à celui de la carte d'assurance maladie, du carnet de réclamation ou de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.</li> </ul> </li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>2. Si le <b>numéro d'assurance maladie (NAM)</b> ne figure pas sur la demande de paiement :</p> <p>2.1 vérifier s'il s'agit d'un détenteur d'un carnet de réclamation ayant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Si oui, inscrire « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte » avec le code d'intervention et d'exception « MA », « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge » avec le code d'intervention et d'exception « MB » ou preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi « MB »;</p> <p>Si la « preuve temporaire d'admissibilité » concerne un prestataire à charge de moins d'un an (<b>lien de parenté = 2</b>), vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide.</p> <p><b>OU</b></p> <p>2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM).</p> <p>Voir section 1.3 <i>Identification de la personne assurée</i>.</p>
34	Date de naissance en erreur	<p>1. La <b>date de naissance</b> est obligatoire.</p> <p>2. Si elle est inscrite sur la demande de paiement, vérifier si elle est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- antérieure à la date du service;</li> <li>- de format SSAA-MM-JJ SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour) : ex. : 1980-05-28;</li> <li>- une date valide (ex. : le 30 février).</li> </ul>
36	Lien de parenté en erreur	<p>1. Le <b>lien de parenté</b> est obligatoire.</p> <p>2. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- détenteur de carte (valeur par défaut) = 0;</li> <li>- dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = 2.</li> </ul> <p>Voir section 2.3.3. <i>Données de facturation - cas régulier - section C</i>.</p>
37	Prénom de la personne en erreur	<p>1. Le <b>prénom</b> de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>
38	Nom de la personne en erreur	<p>1. Le <b>nom</b> de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
40	Code du sexe de la personne en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>sexe</b> de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Féminin = F;</li> <li>- Masculin = M.</li> </ul> </li> <li>En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le code de sexe doit être F (féminin). Vérifier si le code de sexe F est inscrit sur la demande de paiement.</li> </ol>
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>En présence du ou des codes d'intervention « GD », « GJ », « GL », « HC », « HD » et « HF », le code de sexe doit correspondre à « F » (féminin). Vérifier si le code de sexe « F » est inscrit sur la demande de paiement.</li> </ol>
52	Nature de l'ordonnance en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>La <b>nature de l'ordonnance</b> est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : « 1 », « 3 », « S », « 4 », « 7 » et « 8 ». Pour tous les autres codes de service, vérifier si la <b>nature et l'expression de l'ordonnance</b> sont inscrites sur la demande de paiement avec les valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- nouvelle ordonnance écrite = N;</li> <li>- nouvelle ordonnance verbale = V;</li> <li>- renouvellement ordonnance écrite = S;</li> <li>- renouvellement ordonnance verbale = R.</li> </ul> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> </li> <li>La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».</li> </ol>
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».</li> </ol>
54	Nombre de renouvellements en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).</li> </ol>
55	Numéro d'ordonnance en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>numéro d'ordonnance</b> est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement.</li> <li>Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.</li> </ol>
56	Code de produit en erreur pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>code de produit (DIN)</b> est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : « 2 », « 3 », « 4 », « 5 », « 7 », « 8 », « A », « S », « V », « W » ou « Z ». Pour tous les autres services, vérifier si le <b>code de produit (DIN)</b> est inscrit tel qu'indiqué dans la <i>Liste de médicaments</i>. <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> </li> <li>S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41); <ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier le <b>code de produit (DIN) autorisé</b> par la Régie pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>OU</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Informez la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la Régie et que son médecin doit en faire la demande à la Régie.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		3. Vérifier si le <b>format d'acquisition</b> correspondant au <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement figure dans la <i>Liste de médicaments</i> . 3.1 S'il s'agit d'un médicament de la mesure du patient d'exception, le format d'acquisition doit être égale à 0.
#		4. Le code de produit doit être à blanc pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».
57	Code de service en erreur	1. Le <b>code de service</b> est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement et qu'il correspond bien à ceux du <i>Manuel des pharmaciens</i> .  Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i> .
#		2. Le code de service doit être valide à la date de service de la réclamation.
58	Quantité en erreur pour le DIN *****	1. Lorsqu'un code de produit (DIN) est inscrit sur la demande de paiement, la <b>quantité du produit</b> est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants :  - 1, 2, 3, 4, 7, 8, A, S, V, W, Z;  Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i> pour la description des codes de service.
#		2. Lorsque le pharmacien facture le format complet du contraceptif oral d'urgence (code d'intervention ou d'exception = PL), la quantité réclamée ne doit pas excéder la quantité du format du médicament. 3. En présence du code de service 5, la quantité doit être supérieure à 0; elle doit correspondre au nombre de demandes de paiement transmises rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours.
59	Durée du traitement en erreur	1. En présence d'un code de produit (DIN), la <b>durée du traitement</b> est obligatoire, sauf pour les services suivants :  - refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1, 2, 3, 4, 7, 8, S, 5, A, V, W;
#		2. La <b>durée du traitement</b> pour un médicament dispensé sous la forme d'un pilulier servi selon la règle 24 doit être égale à 28 jours ou moins.



CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>3. Le code d'intervention ou d'exception « UI » (pharmacie désignée contactée ou non) est inscrit sur la demande de paiement, le numéro du pharmacien désigné n'y est pas inscrit, le format du médicament est divisible, mais la <b>durée du traitement</b> est supérieure à 5 jours.</p> <p>S'il s'agit d'une pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 5 jours, inscrire le code d'intervention/exception « VE » sur la demande de paiement. Voir la Règle 26 b) de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>4. Le code d'intervention ou d'exception « MT » (pour indiquer une pharmacothérapie initiale) est inscrit sur la demande de paiement mais la <b>durée du traitement</b> est différente de celle permise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (<b>nature et expression = N ou V</b>), la durée du traitement doit être égale à 7 jours;</li> <li>- s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance (<b>nature et expression = S ou R</b>), la durée du traitement doit être égale ou supérieure à 21 jours.</li> </ul> <p>Voir la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>5. La <b>durée de traitement</b> inscrite sur la demande de paiement excède 365 jours. Pour fins de calcul de la contribution, vous ne devez pas transmettre une demande de paiement dont la durée de traitement dépasse un an. Veuillez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#		6. La durée de traitement doit être supérieure à 30 jours pour le code de service « Z ».
#		7. La durée de traitement doit être inférieure à 7 jours pour le code de service 6.
60	Type de prescripteur en erreur	<p>1. Le <b>type de prescripteur</b> est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec (51);</li> <li>- optométriste du Québec (52);</li> <li>- podiatre du Québec (53);</li> <li>- sage-femme du Québec (54);</li> <li>- dentiste du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (55);</li> <li>- pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (56);</li> <li>- infirmier du Québec (57);</li> <li>- prescripteur hors du Québec non inscrit à la Régie (99).</li> </ul> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.</p>
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
61	NO ou nom de prescripteur invalide	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le <b>numéro du prescripteur (6 chiffres)</b> est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</li> <li>2. Si le type de prescripteur est « Hors Québec (99) », le nom de famille (5 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement.</li> </ol> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p>
62	Code de sélection en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier si le <b>code de sélection</b> inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li># - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » = 1;</li> <li># - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3;</li> <li># - tel que présent = à blanc.</li> <li># - allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur = A</li> <li># - intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur = B</li> <li># - forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme = C</li> <li># - (valide jusqu'au 3 octobre 2016) compte tenu de son état de santé et de la distance séparant son domicile du centre de perfusion où est administré l'Infectra<sup>MC</sup>, cette personne assurée doit se rendre au centre de perfusion le plus accessible, soit celui où est administré le Remicade<sup>MC</sup> = D</li> </ul> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i></p> </li> </ol>
63	Type de service en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier si le <b>type de service</b> inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues.</li> </ol> <p>Voir sections 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i>, 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i>, 2.3.4.36 <i>Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes</i>, 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>
#64	Un seul code d'intervention est requis avec ce code et/ou type de service	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier la présence d'un seul code d'intervention sur la demande de paiement pour les codes de service « V » et « W ».</li> </ol> <p>Voir sections 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament</i> et 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
65	Code d'intervention/exception en erreur : **	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si le <b>code d'intervention ou d'exception</b> inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service ou s'il correspond aux conditions prévues d'utilisation.  <i>Voir section 2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel.</i></li> <li>Lorsque le médicament est un anovulant transmis en pilulier (code de service P ou G), vérifier que le code d'intervention ou d'exception correspond à PI (Pilulier indivisible).  <i>Voir section 2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.</i></li> </ol>
#		
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>Le code d'intervention ou d'exception IP est permis pour certains médicaments seulement. Il est utilisé lorsque la personne assurée passe d'un assureur privé au régime public d'assurance médicaments. Le pharmacien confirme les services rendus au privé et la personne peut bénéficier d'une particularité reliée au coût du médicament.</li> </ol>
#66	Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si le <b>coût du médicament, du produit ou de la fourniture</b> est inscrit sur la demande de paiement et qu'il respecte la longueur maximale permise (99999,99).</li> </ol>
68	Frais de service en erreur	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si les <b>frais de service</b> inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique. <i>Voir onglet Tarif.</i></li> </ol>
76	NO de pharmacien absent/erreur/non admis	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>numéro de pharmacien instrumentant</b> est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement.</li> <li>Le numéro du pharmacien instrumentant est admissible. Vérifier l'admissibilité du pharmacien à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.</li> </ol>
78	Indication reconnue en erreur pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le code d'indication reconnue dépasse la longueur maximale de 10 caractères. Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.</li> </ol>
80	Le nombre de DIN réclamés est incompatible pour ce code de service.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier que le code de service inscrit sur la demande de paiement peut être réclamé avec un seul code de produit (DIN).</li> <li>Vérifier que la facturation de plus d'un code de produit (DIN) est permise pour le code de service.</li> </ol>
81	Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé.</li> </ol>
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour le code de service M :  - En présence du code de facturation 99101236, le type de préparation pour usage oral de benzoate de sodium doit correspondre à H et doit être accompagné d'un ou plusieurs solvants ou adjuvants.</li> </ol>
82	DIN ***** déjà transmis sur la même demande de paiement	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ces services ne peuvent être réclamés avec deux codes de produit (DIN) identiques sur la même demande de paiement.</li> </ol>
83	Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le code de l'indication reconnue transmis n'est pas compatible avec le médicament facturé. Vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
84	L'autorisation a pris fin le SSAAMMJJ, traitement non répétitif	1. Il s'agit d'un médicament d'exception autorisé pour une période limitée en vertu de l'indication de paiement en vigueur. L'autorisation ne peut donc pas être renouvelée. La personne assurée pourra vérifier auprès du prescripteur quelle démarche conviendra le mieux à sa situation.
85	Âge non permis pour le code d'indication reconnue. DIN *****	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation selon l'âge de la personne assurée. En fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée dont l'âge est différent de celui permis sera rejetée.
86	Le DIN identifiant le nombre d'unités préparées est absent.	1. Afin de pouvoir effectuer le calcul des frais de service en fonction du nombre d'unités préparées, le système vérifiera la présence du code DIN correspondant au contenant de la solution préparée selon le service rendu.
87	Sexe non permis pour le code d'indication reconnue. DIN *****	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation seulement à l'un des deux sexes (homme ou femme). Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée de sexe différent de celui permis sera rejetée.
88	Nombre maximal d'autorisations dépassé pour le code d'indication reconnue	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreints dans son utilisation à un nombre maximal au cours de la vie de la personne assurée. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dépassant le nombre permis pour une même personne assurée sera rejetée.
89	L'autorisation précédente a pris fin le *****, période d'attente non atteinte.	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreints dans leur utilisation à une période d'attente avant leur réutilisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dont la date de service est incluse dans la période d'attente pour une même personne assurée sera rejetée.
#90	Date de transaction en erreur (◆)	1. La <b>date de transaction</b> est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : 160701. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le <b>numéro d'ordonnance de départ</b> est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 00000000.
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le <b>numéro d'ordonnance de fin</b> est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, ne rien inscrire dans ce champ.
93	Le code d'indication reconnue est absent ou invalide DIN *****	1. Pour une facturation comportant un médicament d'exception codifié, lorsqu'il n'existe pas d'autorisation au préalable de la Régie, le code d'indication reconnue à durée limitée est obligatoire et doit être valide.
94	Le code d'indication reconnue ***** prendra fin le SSAA/MM/JJ	1. Ce message paraît si l'écart entre la date de service et la date de fin de l'autorisation est égal ou inférieur au délai de 90 jours.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
3A	Code d'intervention (3-4) en erreur : **	1. Vérifier si le <b>code d'intervention ou d'exception supplémentaire</b> est en vigueur à la date des services (3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement).
5A	Source d'approvisionnement * en erreur pour le DIN : *****	1. Vérifier si la <b>source d'approvisionnement</b> inscrite sur la demande de paiement correspond à un des codes de grossistes reconnus qui paraissent dans la <i>Liste de médicaments</i> .  Voir la <i>Liste de médicaments</i> , Renseignements généraux, Annexe III, section C, grossistes en médicaments reconnus par le ministre.
5B	NO de pharmacie désignée en erreur	1. Vérifier si le <b>numéro de la pharmacie désignée</b> inscrit sur la demande de paiement correspond au numéro de la pharmacie contactée.  Voir section 1.2.1.1.B <i>Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments</i> .  2. Vérifier si à la <b>date de service</b> , un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire. NOTE : Le <b>numéro de pharmacie désignée</b> doit être inscrit lorsqu'un service est rendu en urgence par un pharmacien autre que celui désigné si la pharmacie désignée a été rejointe. Le code d'intervention ou d'exception « pharmacien désigné contacté ou non » « UI » doit être inscrit sur la demande de paiement.  Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i> .
5C	Format d'acquisition en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le <b>format d'acquisition</b> inscrit sur la demande de paiement est numérique.
#5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	1. Vérifier si la <b>date de fin de validité</b> inscrite sur la demande de paiement est postérieure :  - la date du service ou y correspond; - de format SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour) (ex. : 20AA0728); - une date valide (ex. : le 30 février) et une date antérieure à la date de service.  2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement = 99. Si oui, s'assurer que la date de fin de validité est valide et dans le bon format.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#A1	Demande de paiement trop ancienne	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si le délai de transmission de 100 jours est dépassé. Pour être acceptée en communication interactive, la date de service doit se situer dans l'intervalle « date du jour moins (-) 99 jours ». Ex. : date du jour = 2016-07-01 moins (-) 99 jours = 2016-03-24; l'intervalle des dates de service acceptables = 2016-03-24 au 2016-07-01.</li> <li>Vérifier si le délai entre la date de transmission et la date du jour est inférieur ou égal à 7 jours pour les transactions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulter le sommaire journalier : 30</li> <li>- Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31</li> <li>- Consulter le détail des annulations traitées : 32</li> <li>- Consulter le détail des annulations antérieures : 33</li> </ul> </li> </ol>
A2	Demande de paiement supérieure date du jour	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si la <b>date de service</b> est antérieure à la date du jour ou y correspond.</li> <li>Vérifier si la date de transaction d'annulation, du sommaire et des détails journaliers est inférieure à la date du jour ou y correspond.</li> </ol>
A3	Service déjà payé NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si le <b>même médicament</b> (même dénomination commune, forme et teneur) a été facturé deux fois par erreur pour la même journée. Si oui, resoumettre la demande de paiement avec le bon médicament, s'il y a lieu.</li> <li>Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif. <i>Voir section 2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif).</i></li> <li>Le <b>même médicament</b> (même dénomination commune, format et teneur) a déjà été payé deux fois à la même date de service dont au moins une fois avec un code spécifiant une raison de renouvellement hâtif.</li> <li>S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission d'un profil, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance.</li> <li>S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission de demandes à la suite d'une dérogation, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance.</li> <li>Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée.</li> <li>Le même médicament (même dénomination commune, format et teneur) a déjà été facturé sous un numéro d'ordonnance différent pour la mise en seringue d'insuline. Si oui, resoumettre la demande de paiement avec une insuline différente.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>8. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (<b>code de service = S</b>) est payable pour un prestataire par mois.</p> <p>Voir l'article 4.01 de l'Entente particulière concernant le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments.</p> <p>9. Vérifier, pour le code de service <b>J</b> « Traitement de substitution aux opioïdes », si le même service a déjà été payé selon les critères suivants :</p> <p>Type de service <b>A</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- même personne;</li> <li>- même date de service;</li> <li>- même pharmacie;</li> <li>- même code de service et <b>type de service</b>;</li> </ul> <p>Type de service <b>A, B ou C</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- même numéro d'ordonnance.</li> </ul> <p>En présence du code d'intervention ou d'exception CS (considération spéciale), l'erreur est non générée.</p>
#		<p>10. Vérifier si le même service (« V » ou « W ») a déjà été réclamé à la même date de service pour la personne assurée. Si oui, corriger la demande de paiement et la resoumettre.</p>
<b>A8</b>	Demande de paiement à annuler absente	<p>1. Selon les renseignements reçus, aucune demande de paiement à annuler n'a été identifiée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numéro de pharmacie;</li> <li>- date de service;</li> <li>- numéro de l'ordonnance;</li> <li>- numéro de contrôle externe (NCE);</li> <li>- date de transaction.</li> </ul>
<b>A9</b>	Demande de paiement déjà annulée	<p>1. Selon les renseignements reçus, la demande de paiement a déjà été annulée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numéro de pharmacie;</li> <li>- date de service;</li> <li>- numéro de l'ordonnance;</li> <li>- numéro de contrôle externe (NCE);</li> <li>- date de transaction.</li> </ul>
<b>B1</b>	Pharmacie non admissible	<p>1. Vérifier si le <b>numéro de pharmacie</b> est bien inscrit sur la demande de paiement.</p> <p>2. S'assurer que le <b>numéro de pharmacie</b> est valide à la date de service.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
C6	Personne non assurée	<p>1. Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une MTS ou de la tuberculose, inscrire un des codes de programme suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K;</li> <li>- traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L;</li> <li>- traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K;</li> <li>- traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L;</li> <li>- traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2R;</li> <li>- traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2S.</li> </ul> <p>Voir section 2.3.4.15 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i> ou section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>.</p> <p>2. La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la Régie et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).</p>
C8	Personne non admissible	<p>1. Vérifier <b>la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM)</b> sur la demande de paiement avec la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité.</p> <p>2. S'il s'agit d'un détenteur d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, s'assurer qu'un des codes d'intervention ou d'exception suivants est inscrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA »</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».</li> </ul>
C9	Personne non couverte par ass. méd.	<p>1. Il s'agit d'une personne qui n'est pas couverte par l'assurance médicaments à la date des services et la demande de paiement ne concerne pas l'un des programmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MTS (code de programme 1K ou 1L);</li> <li>- Tuberculose (code de programme 2K, 2L, 2R ou 2S);</li> <li>- Prestation de services pour la contraception orale d'urgence (code de programme 04).</li> </ul>
#		<p>2. Il s'agit d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » et dont la carte d'assurance maladie n'est pas valide. Cette personne est un revendicateur du statut de réfugié et est couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire.</p> <p>3. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.</p>



CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>4. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain.</p> <p>5. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.</p>
D1	Code de produit non payable : *****	<p>1. Ces services sont non payables s'ils sont réclamés seulement avec des solvants, adjuvants ou véhicules sauf pour les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s'il s'agit d'une <b>préparation de capsule placebo</b> à partir d'une capsule vide (DIN 99001519) ou;</li> <li>- s'il s'agit d'une <b>ordonnance autorisée par la Régie</b> en considération spéciale ou dans le cadre de la mesure du « patient d'exception » ou;</li> <li>- s'il s'agit de mise en seringue de solution de chlorure de sodium.</li> </ul>
D2	Code de produit qui n'est plus assuré DIN *****	<p>1. Vérifier si le <b>code DIN ou le format d'acquisition</b> du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.</p>
D3	Prescripteur non admissible	<p>1. Vérifier si le <b>numéro du prescripteur</b> correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#		<p>2. En présence du code de service 3 (opinion pharmaceutique), le prescripteur doit être différent d'un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement.</p>
#		<p>3. Le pharmacien doit être admissible à prescrire les médicaments de la Liste de médicaments, excluant les stupéfiants, de drogues contrôlées ou de substances ciblées.</p>
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : *****	<p>1. Au dossier de la personne assurée à la Régie, le <b>nombre de renouvellements</b> de cette ordonnance est égal à 0 ou la date de fin de validité de l'ordonnance est atteinte (ordonnance expirée).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas d'erreur, pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité : utiliser le code d'intervention ou d'exception MG (référence, point 2.3.4.21, de l'onglet <i>Communication interactive</i> de votre manuel).</li> <li>- sinon : une nouvelle ordonnance est requise.</li> </ul> <p>2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (<b>code de service = 1</b>) : aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.</p> <p>3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de MTS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.</p> <p>4. Le renouvellement d'une ordonnance pour un médicament narcotique n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.</p>
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>5. Le renouvellement de la contraception orale d'urgence prescrit par le pharmacien n'est pas payable. Vérifier la nature/ expression de l'ordonnance ou le numéro du prescripteur.</p> <p>6. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de substitution aux opioïdes n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.</p>
D6	Montant total supérieur à 1 000 \$	<p>1. Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 \$, inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation « MP ».</p> <p>Voir section 2.3.4.23 <i>Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$.</i></p>
D7	Renouvellement hâtif NCE : *****	<p>1. S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention ou d'exception sur la demande de paiement.</p> <p>Voir section 2.3.4.20 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i></p>
E1	Traitement en erreur	<p>1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#H1	Rencontre initiale présente au dossier de la pers. ass., NCE *****	<p>1. Une rencontre initiale (type de service « A » ou « D ») a déjà été payée pour cette personne assurée, et ce, sans qu'aucun arrêt de service (type « Z ») n'ait été transmis durant la période.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- même code de service</li> <li>- même type de service</li> <li>- même code d'intervention</li> </ul>
#H2	Une rencontre de suivi doit être précédé d'une rencontre initiale	<p>1. Une rencontre initiale (type de service « A » ou « D ») n'a été réclamée pour cette personne assurée à l'intérieur de la période d'un an ou suivant un arrêt de service (type « Z »).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- même code de service</li> <li>- même type de service (« A » ou « D »)</li> <li>- même code d'intervention</li> </ul>
#H3	Le forfait annuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé	<p>1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 2 ou 3 par champ thérapeutique) payable annuellement est déjà atteint.</p>
#H4	Le forfait mensuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé	<p>1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 1 par champ thérapeutique) payable mensuellement est déjà atteint.</p>
#H5	Arrêt de prise en charge déjà présent au dossier de la pers. assurée, NCE *****	<p>1. Un arrêt de prise en charge (type « Z ») pour le même code d'intervention a déjà été transmis pour cette personne assurée.</p>
#H6	Arrêt de prise en charge accepté	<p>1. Le pharmacien est informé lorsqu'un arrêt de prise en charge (type « Z ») est accepté pour le code soumis.</p>
#H7	Évaluation de prolongation déjà payée pour la pers. assurée	<p>1. Le nombre de paiement est limité à une seule évaluation de prolongation pour la même personne assurée pour une période de 365 jours, et ce, peu importe la pharmacie.</p>
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	<p>1. Vérifier la valeur inscrite sur la demande de paiement concernant le <b>lien de parenté</b>. S'il s'agit d'une personne à charge de moins d'un an, la date de naissance doit être inférieure à un an par rapport à la date de service.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#R1	Maximum annuel atteint NCE : *****	1. En présence du code de service « V » et du type de service « B », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation dans une même année, pour la même personne assurée, à la même pharmacie et avec le code d'intervention « HE » (cessation tabagique).
#AS	Service déjà payé SAAQ NCE : *****	1. La même réclamation avec les critères suivants a déjà été payé à la personne assurée par SAAQ : <ul style="list-style-type: none"> <li>- même numéro d'ordonnance;</li> <li>- même date de service;</li> <li>- même code de produit ou même combinaison de codes de produit (DIN).</li> </ul>
CT	PAE non autorisé à cette pharmacie	1. Vérifier si le numéro de votre pharmacie figure sur le carnet de ce prestataire. Si non, et s'il s'agit d'une situation d'urgence, suivre les instructions prévues.  Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i>
S		
#DH	Frais de service ajustés	1. Selon le code de service, si un écart est calculé, cela indique que le plafond de 48 500 ordonnances est atteint et que les <b>frais de service</b> sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente).  2. Après <i>vérification des tarifs</i> (voir onglet <i>Tarif</i> du présent manuel), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
DJ	Coût du produit ajusté pour le DIN *****	1. Si l'écart est de plus ou moins 0,01 \$, cela peut s'expliquer par le calcul effectué (4 décimales tronquées et à la fin seulement, le montant est arrondi à deux décimales).  2. Après <b>vérification du calcul du coût du médicament</b> , si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#		3. Ce message est généré lorsque la Régie ajuste le coût du médicament au prix le plus bas en présence du code de sélection 1. La personne assurée aura à payer la différence entre le prix du médicament innovateur et celui du générique.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
DW	Le DIN ***** est autorisé pour ce NAM jusqu'au SSAA-MM-JJ	1. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une demande d'exemption pour un DIN faisant partie de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Si oui, corriger le DIN facturé par celui autorisé. Si non, inscrire le code d'intervention ou d'exception DQ afin de permettre la facturation tel que demandé.
#		Voir section 2.3.4.38 <i>Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons).</i>
#		2. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour le produit Remicade <sup>MC</sup> jusqu'à la date d'autorisation.
#		3. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour la somatotrophine jusqu'à la date d'autorisation.
DX	Autorisation requise pour l'ordonnance	1. Pour un médicament d'exception ou pour un médicament visé par la mesure du patient d'exception, vérifier auprès de la personne assurée à quelle date la demande d'autorisation a été transmise à la Régie. 2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.5 <i>Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie.</i> 3. Pour une situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.20 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i> 4. Pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.5.3 <i>Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée.</i> 5. Pour les frais de transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques qui excèdent 25,00 \$, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.30 de l'onglet <i>Communication interactive.</i> 6. Dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.30 de l'onglet <i>Communication interactive.</i>
#		7. Une autorisation est requise pour une ordonnance du produit Remicade <sup>MC</sup> .
#		8. Une autorisation est requise pour une ordonnance de somatotrophine.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	1. Il y a une <b>erreur d'inscription du ou des codes d'intervention ou d'exception</b> sur la demande de paiement. Se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
EJ	Date prévue de renouvellement SSAA/MM/JJ	1. Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la Régie a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de <b>calcul de cette date</b> sont définies à la section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée du traitement</i> . NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
EK	Ordonnance de longue durée : XXX jours	1. Il s'agit d'une <b>ordonnance de longue durée</b> pour laquelle la Régie a perçu plus d'une contribution. Le nombre de jours inscrit dans le message correspond à la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
ES	Service sur appel déjà payé NCE : *****	1. Ce message est conséquent à ce qu'une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturé dans la même journée.  Cependant, s'il s'avère qu'un déplacement supplémentaire a été effectué au cours de la même journée, vous devez transmettre cette demande de paiement avec le code d'intervention ou d'exception : FB
#FP	Forme ou code de produit non permis avec ce code de service pour le DIN : *****	1. Lorsque le <b>code de service est N</b> (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique) <b>ou 6</b> (exécution ou renouvellement pour une maladie chronique de moins de 7 jours), la forme pharmaceutique du médicament inscrit sur la demande de paiement doit être une forme orale solide.  2. Le produit pour médicament magistral inscrit sur la demande de paiement n'est payable qu'avec les codes de service H, L, M, R, U et 1. Par contre, lorsque le produit pour médicament magistral est la méthadone (chlorhydrate de), les codes de service permis sont : H, J, L, M, U et 1.  3. Le produit Suboxone inscrit sur la demande de paiement n'est payable qu'avec les codes de service J et 1.
#		4. La méthadone en solution orale est payable avec les codes de service « J », « L », « O » ou « 1 ».
#HF	Autorisation prendra fin le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin	1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la <b>date de fin de l'autorisation</b> est égal ou inférieur à 60 jours et qu'aucune nouvelle autorisation n'a été accordée à cette personne assurée pour le médicament visé. Informer la personne assurée pour qu'elle entreprenne les démarches nécessaires auprès de son professionnel de la santé afin d'éviter les inconvénients d'un arrêt du paiement par la Régie.  2. Il s'agit d'un médicament d'exception ou médicament d'un patient d'exception transmis avec un code d'indication reconnue à période limitée et illimitée, l'écart entre la date de service et la date de fin du code d'indication reconnue est <= 60 jours. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#HY	Autorisation requise dès le SSAA/MM/JJ : 1. Inviter la personne à revoir son médecin	1. Ce message vous demande d'aviser la personne assurée qu'une nouvelle autorisation sera nécessaire pour poursuivre le remboursement du médicament, inviter la personne à revoir son médecin.
#		NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
HZ	Quantité maximale restante pour l'autorisation : *****	1. Le message est affiché lorsqu'il y a une restriction sur la quantité pouvant être facturée d'un médicament sous autorisation. Il contient à titre informatif la quantité restante pouvant être facturée lors de la prochaine facturation. Toutefois, en présence du message KF, il s'agit de la quantité restante pouvant être facturée dans la présente facturation. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
KF	Quantité autorisée dépassée pour le DIN : *****	1. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont soumis à une quantité maximale de médicaments pouvant être facturée durant la période de l'autorisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement sera refusée si la quantité facturée du médicament d'exception codifié dépasse la quantité maximale permise.
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : *****	1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant « MT » est inscrit sur la demande de paiement, car le <b>nombre de renouvellements</b> devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale.  <i>Voir section 2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie.</i>  2. Pour modifier le <b>nombre de renouvellements</b> inscrit par erreur sur la demande de paiement de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention/exception « MG » et corriger le nombre de renouvellements restant sur la demande de paiement.  <i>Voir section 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.</i>
KH	Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP) pour le DIN *****	1. Le médicament délivré est soumis au prix maximum payable (PMP). Le montant excédentaire non assuré par la Régie doit être payé par la personne assurée puisqu'elle appartient à la clientèle non vulnérable (personne soumise à une contribution). NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#KJ	Date de fin de validité expirée NCE : *****	1. Vérifier s'il n'y a pas une erreur dans l'inscription de la date de service ou de la <b>date de fin de validité</b> , car la date de service doit être antérieure à la <b>date de fin de validité</b> .  Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception « MG » sur la demande de paiement.  <i>Voir section 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.</i>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
<b>KO</b>	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	<p>1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre <b>code de preuve temporaire d'admissibilité</b> dans le même mois.</p> <p>Vérifier la situation de la personne à savoir :</p> <p style="padding-left: 40px;">preuve d'admissibilité comme <b>PAE</b> adulte (code <b>MA</b>)</p> <p style="padding-left: 40px;">preuve d'admissibilité comme <b>PAE</b> à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code <b>MB</b>)</p> <p>Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>2. La personne a déjà obtenu des médicaments sous le même code de preuve temporaire d'admissibilité dans un mois antérieur et son statut de prestataire d'une aide financière de dernier recours n'a jamais été confirmé.</p> <p>Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
<b>KP</b>	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	<p>1. Si la justification du <b>renouvellement hâtif</b> fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention/exception pertinent à la situation.</p> <p>Voir section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif)</i>.</p> <p>2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.</p>
<b>KQ</b>	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	<p>1. Le <b>code d'intervention ou d'exception</b> « MB » est inscrit sur la demande de paiement et la personne a 65 ans et plus (PAE adulte). Modifier le code d'intervention ou d'exception pour « MA ».</p>
<b>#KV</b>	Coût du produit autorisé au prix de vente garanti pour le DIN *****	<p>1. Ce message est généré lorsque la Régie autorise le coût du médicament au prix de vente garanti en présence de la mention « ne pas substituer » sans code justificatif (code de sélection 1) ou en présence du code d'intervention ou d'exception « IP - Confirmation de services rendus au privé ». La personne assurée bénéficie de la particularité à certains médicaments.</p>
<b>#LS</b>	Durée de traitement admissible XXX jours	<p>1. La <b>durée de traitement</b> totale au cours d'une période de 12 mois consécutifs pour un traitement antitabagique pour l'ensemble des pharmacies, ne doit pas dépasser 84 jours. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.</p> <p>2. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour certains médicaments prescrit par les podiatres (LISTEMED 93).</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
LT	Période permise dépassée NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une <b>période</b> de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.</li> <li>2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.</li> </ol>
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une <b>période</b> de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.</li> <li>2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.</li> </ol>
LV	Quantité maximum dépassée, payable : *** pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La <b>quantité</b> de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique au cours d'une période de 12 mois consécutifs est de 840 gommes, pour l'ensemble des pharmacies. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de gommes résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.</li> </ol>
#LY	Aucun méd. permis pour ce code de service	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En présence des <b>codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A, S, V, W et Z</b>, aucun code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.</li> </ol>
#MC	Couvert par la SAAQ si blessure liée à l'accident	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) détermine la couverture de médicaments personnalisée selon le type de blessure liée à l'accident de la route. Ce message informatif s'affiche lorsque le médicament réclamé dans le cadre du régime public d'assurance médicaments peut être remboursé par la SAAQ. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</li> </ol>
MY	Déjà payé autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Le même médicament</b> (même dénomination commune, forme et teneur) a déjà été payé pour la même journée à une autre pharmacie.</li> <li>2. Si la justification fournie par la personne assurée pour un <b>deuxième service</b> la même journée pour un médicament déjà reçu est satisfaisante, inscrire un code d'intervention ou d'exception expliquant la raison.  Voir section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif)</i>.</li> </ol>



CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NF	Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : *****	<p>1. Vérifier les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la <b>quantité maximale</b> journalière, inscrire le code d'intervention ou d'exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » « MQ ».</li> <li>Voir section 2.3.4.22 <i>Dépassement de la quantité maximale journalière.</i></li> <li>- s'il s'agit de la facturation d'un format complet d'un contraceptif pour la pilule du lendemain, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « pilule du lendemain » « PL ».</li> <li>Voir section 2.3.4.14 <i>Pilule du lendemain.</i></li> <li>- s'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « pré-autorisation téléphonique a été obtenue de la Régie » « CS ».</li> <li>Voir section 2.3.5.3 <i>Considération spéciale.</i></li> </ul> <p>NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.</p>
S		
NH	Quantité en erreur format indivisible pour le DIN : *****	<p>1. Vérifier dans la <i>Liste de médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de <b>format indivisible</b>.</p> <p>Si oui, inscrire exactement la <b>quantité</b> du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne.</p> <p>2. Si la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la Régie.</p>
NI	Un seul code de service est permis	<p>1. S'assurer qu'un seul <b>code de service</b> est transmis en tout temps.</p>
#NK	Service requiert un type de service	<p>1. Vérifier si le <b>code de service</b> correspond aux codes de service suivants : « J », « L », « M », « Q », « R », « T », « V » ou « W ».</p>
#		<p>Si oui, le <b>type de service</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.4.36 <i>Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes</i>, 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i>, 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i>, 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures ou dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques</i>).</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i></p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NM	Service * et classe produit incompatibles pour le DIN : *****	<p>1. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour les codes de service suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Code de service E</b> correspond à une ordonnance de formule nutritive. Si oui, le <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste de médicaments</i> ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation.</li> <li>- <b>Code de service F</b> correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables. Si oui, le <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>.</li> <li>- <b>Code de service I</b> correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHF 68:20.08 de la <i>Liste de médicaments</i>.</li> <li>- <b>Code de service B</b> correspond à une ordonnance pour la préparation de capsules de placebo. Si oui, présence de la capsule vide (99001519) avec un ou des adjuvants ou présence d'un seul médicament actif avec un ou des adjuvants.</li> <li>- <b>Code de service R</b> correspond à une ordonnance pour préparation de solution ophtalmique. Si oui, présence du contenant (99100528) et du mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de la solution ophtalmique inscrite à la liste des renseignements généraux de la <i>Liste de médicaments</i>.</li> <li>- <b>Code de service Q</b> correspond à une ordonnance de mise en seringue de chlorure de sodium. Si oui, présence d'une seule solution de chlorure de sodium en solution injectable pour une mise en seringue de chlorure de sodium. Si présence de seringue-aiguille, s'assurer que l'ordonnance correspond à la mise en seringue de chlorure de sodium.</li> <li>- <b>Code de service K</b> correspond à une ordonnance pour dilution ou dissolution avec un solvant. Si oui, présence d'un seul médicament actif réclamé avec un adjuvant.</li> <li>- <b>Code de service H</b> correspond à une ordonnance pour la préparation de sachets. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu. Si présence du sachet (99100527), s'assurer que l'ordonnance correspond à la préparation de sachets. Pour le benzoate de sodium, un seul médicament actif ou produit pour médicament magistral (code de facturation 99101236) peut être réclamé avec un ou des solvants ou adjuvants, le cas échéant, ainsi que le code de facturation du sachet (99100527) permettant d'identifier le nombre de sachets préparés.</li> </ul>
#		
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Code de service U</b> correspond à une ordonnance pour la préparation de capsules. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants. Pour le benzoate de sodium, un seul produit pour médicament magistral (code de facturation 99101236) peut être réclamé avec un ou des solvants ou adjuvants, le cas échéant, ainsi que le DIN de la capsule vide (99001519) permettant d'identifier le nombre de capsules préparées.</li> <li>- <b>Code de service T</b> correspond à une ordonnance pour une thérapie parentérale de type A à J. Si oui, présence d'un seul médicament réclamé avec un ou des adjuvants. Si présence d'un sac, d'une cassette ou d'un perfuseur, s'assurer que l'ordonnance correspond au type de thérapie parentérale approprié.</li> </ul>
#		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Code de service X</b> correspond à une ordonnance de fourniture de chambre d'espacement. Si oui, le <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste de médicaments</i>, à la section <i>Fournitures</i>, fournitures pour chambre d'espacement.</li> </ul>
#		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Code de service Y</b> correspond à une ordonnance de fourniture de masque pour chambre d'espacement. Si oui, le <b>code de produit (DIN)</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présent dans la <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>, masque pour chambre d'espacement.</li> <li>- <b>Code de service J</b> correspond à une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes. Si oui, le ou les <b>codes de produit (DIN)</b> inscrits sur la demande de paiement doit correspondre à la méthadone (chlorhydrate de) ou à la buprénorphine/haloxone.</li> </ul>
NN	Service et code d'intervention ** incompatibles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier si le <b>code de service</b> est « 1 » ou « 3 ». Si oui, indiquer la raison du refus ou le type d'opinion pharmaceutique en utilisant un des <b>codes d'intervention ou d'exception</b> prévus à cette fin.  Voir sections 2.3.4.4 <i>Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</i> ou 2.3.4.5 <i>Opinion pharmaceutique</i>.</li> <li>2. Vérifier si le <b>code de service</b> est « 7 ». Si oui, inscrire le <b>code d'intervention ou d'exception</b> correspondant à la raison motivant le transport d'urgence.  Voir section 2.3.4.30 <i>Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques</i>.</li> <li>3. Vérifier si le <b>code d'intervention ou d'exception</b> est « MT ». Si oui, s'assurer que le <b>code de service</b> est « O ».  Voir section 2.3.4.7 <i>Initiation d'une pharmacothérapie</i>.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		<p>4. Vérifier si le <b>code d'intervention ou d'exception</b> est « PI ». Si oui, s'assurer que le <b>code de service</b> est « P » ou « G ».</p> <p>Voir section 2.3.4.37 <i>Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.</i></p> <p>5. Vérifier si le <b>code de service</b> est « S ». Si oui, s'assurer que le <b>code d'intervention ou d'exception</b> correspondant à « pharmacie désignée contactée ou non : UI » n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i></p>
#		<p>6. Vérifier si le code de service est « V » ou « W ». Si oui, inscrire le <b>code d'intervention approprié</b>.</p> <p>Voir sections 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures ou dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>
NO	Service requiert personne sous surveillance	<p>1. Vérifier si le <b>code de service</b> est celui requis pour la rémunération mensuelle d'un pharmacien désigné. Si oui, s'assurer que le <b>code d'intervention ou d'exception</b> n'est pas « Pharmacie désignée contactée ou non : UI » puisque ce code est utilisé seulement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.</p> <p>2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i></p>
NP	Service non valide personne sous surveillance	<p>1. Vérifier s'il s'agit d'un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service pour qui vous êtes le pharmacien désigné. Si oui, le <b>code de service</b> de refus d'ordonnance ne peut être utilisé puisque ce service est non payable pour un prestataire soumis au mécanisme de surveillance.</p> <p>Voir Règle 9 de l'Annexe II de l'Entente.</p>
NQ	Médicament ***** non permis en pharmaco. initiale	<p>1. Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Il doit faire partie de l'Annexe VI de l'Entente.</p>
NR	Médicament ***** non permis en pilulier	<p>1. Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement n'est pas payable lorsqu'il est facturé en pilulier en raison de sa forme pharmaceutique.</p>
NT	Pharmaco. init. non permise NCE : *****	<p>1. Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement et facturé en pharmacothérapie initiale (code d'intervention ou d'exception = MT), a déjà été payé pour cette personne assurée au cours des 24 derniers mois.</p> <p>Voir le deuxième alinéa de la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
OP	Service précédent servi en pilulier NCE*****	<p>1. Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 7 jours, facturée avec des honoraires réguliers (code de service O), pour laquelle on retrouve dans les 30 derniers jours, le même médicament facturé en pilulier (code de service P). S'il s'agit d'un médicament fourni sous la forme d'un pilulier, annuler cette demande de paiement et transmettre une nouvelle demande de paiement avec le code de service P. Sinon, veuillez ignorer ce message.</p> <p><b>Remarque :</b> Ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.</p>
OV	Ordonnance verbale non permise	<p>1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>, au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i>, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.</p> <p>2. L'ordonnance verbale est non permise lors du traitement de la dépendance de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.</p>
OW	Renouvellement verbal non permis	<p>1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>, au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i>, le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.</p> <p>2. Le renouvellement verbal est non permis lors du traitement de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.</p>
PA	Médicament ***** non permis pour type prescripteur	<p>1. Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.</p>
#		<p>2. En présence d'un prescripteur pharmacien, le droit de prescrire qui lui est accordé est limité à la catégorie des médicaments réguliers et à certains médicaments d'exception dont l'autorisation de paiement est toujours valide. Il ne peut prescrire des médicaments ciblés, contrôlés ou de type narcotiques.</p>
#		<p>3. En présence d'un prescripteur infirmier, le message est généré lorsque le médicament facturé n'est pas autorisé à la date de service. Cette validation est effectuée pour les transactions du RPAM seulement.</p>
PC	Service non permis pour type de prescripteur	<p>1. La prestation des services liés à la contraception orale d'urgence n'est pas permise pour ce prescripteur. Vérifier l'admissibilité de ce prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#		<p>2. En présence des codes de service « 4 », « V », « W » ou « Z », le type de prescripteur doit être un pharmacien.</p>
QG	Médicament ***** inadmissible à ce programme	<p>1. Vérifier s'il s'agit bien d'un <b>médicament visé par les programmes « MTS (1K ou 1L) » ou « Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S) »</b> inscrit à l'Addenda de la <i>Liste de médicaments</i>.</p>
#QH	Coût du produit calculé est trop élevé	<p>1. Le coût du médicament ou le montant total (coût du médicament + frais de service) calculé par le système est supérieur à 99 999,99 \$. Vérifier le <b>code de produit (DIN)</b>, le <b>format d'acquisition</b> et la <b>quantité</b> du médicament.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
RM	Maximum quotidien dépassé NCE : *****	1. Le message contient, à titre informatif, le NCE correspondant à l'opinion pharmaceutique déjà payée à votre pharmacie par la Régie, le jour même, pour la même personne assurée.
#		2. En présence du code de service « V », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie et pour le même code d'intervention. En présence du code de service « W », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie, pour le même type de service et pour le même code d'intervention.
RN	Maximum annuel dépassé NCE : ***** ,*****	1. Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions sur l'inobservance (de même type) déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.

### 3. DEMANDE DE REMBOURSEMENT

**Remarque :** Aucune demande de remboursement ne doit être remplie pour des services non assurés et pour des personnes non admissibles selon les critères définis à l'onglet *Personnes assurées*.

La *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621), tout comme la demande de paiement en communication interactive, est basée sur la norme de la Canadian Pharmaceutical Association. Les noms des champs à remplir dans la demande de remboursement sont donc apparentés à ceux de la demande de paiement à transmettre par voie interactive. De plus, les exigences contenues dans les instructions de facturation de la demande de paiement et dans les renseignements sur les catégories de personnes assurées, décrites dans les sections antérieures du présent manuel, s'appliquent aussi à la demande de remboursement.

Ce formulaire est utilisé dans les situations décrites à la section 1.3 *Identification de la personne assurée*, comme, par exemple, dans les cas où une personne ne peut présenter son carnet de réclamation, etc., afin qu'elle puisse obtenir le remboursement d'un service assuré qu'elle a payé. **La personne doit payer le coût total du service pharmaceutique.** La Régie déduira du montant de son remboursement, les montants pour la franchise et la coassurance qu'elle doit assumer, s'il y a lieu, selon l'état cumulatif de ses contributions du ou des mois en cause.

Une personne n'ayant pas déclaré au pharmacien qu'elle était assurée au Régime d'assurance médicaments peut se faire rembourser le coût des médicaments et des services professionnels, à la condition que les services pharmaceutiques lui aient été fournis dans les trois mois précédant sa demande de remboursement au pharmacien.

Le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621) comporte deux sections, une qui doit être remplie par le pharmacien et l'autre par la personne assurée. Celle-ci doit la signer et la faire parvenir à la Régie.

#### 3.1 GUIDE DE RÉDACTION DE LA PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN

##### 3.1.1 Généralités

Cette partie sert à transmettre à la Régie les données relatives à l'identification de la personne assurée, du prescripteur, du pharmacien qui a rendu le service et au service pharmaceutique proprement dit.

Pour plus de détails sur la nature de l'information et la forme sous laquelle elle doit être inscrite dans chacun des champs de la demande de remboursement et les particularités se rapportant à chaque type de service, il faut se reporter aux instructions fournies à la section 2.3 *Transaction de demande de paiement du pharmacien* au point 2.3.3.2 intitulé *Ordonnance et service professionnel*.

- # **Remarque :** La case *TYPE DE SERVICE* du formulaire actuel doit servir à inscrire le type de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation ophtalmique, du traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament, de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.

Le pharmacien doit :

1. **Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en indiquant son numéro d'inscription à la Régie (6 chiffres) ainsi que tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation qui seront inscrits par la personne assurée).
2. **Remettre à la personne;**
  - . l'exemplaire de la Régie;
  - . sa copie;
  - . une enveloppe-réponse.
3. **Conserver sa copie** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Lorsque des renseignements additionnels sont requis, le pharmacien doit répondre dans un délai de 30 jours, à défaut de quoi la Régie refusera de rembourser ou remboursera la personne assurée selon les renseignements fournis sur la demande de remboursement. La Régie enverra un avis à la personne assurée pour l'informer qu'elle a demandé des renseignements additionnels.

3.1.2 Formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621)

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE			
<b>Personne assurée</b> NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE					
DATE DE NAISSANCE	ANNÉE    MOIS    JOUR			DATE DE SERVICE ANNÉE    MOIS    JOUR	Date de fin de validité du carnet ANNÉE    MOIS    JOUR
PRENOM USUEL	LIEN DE PARENTÉ			CODE DE PROGRAMME	
		NUMÉRO SEQUENTIEL DE LA CARTE			
<b>Professionnel</b> NUMÉRO DE LA PHARMACIE    N° PHARMACIEN INSTRUMENTANT    N° DE LA PHARMACIE DESIGNÉE    NUMÉRO DU PRESCRIPTEUR    TYPE DE PRESCRIPTEUR    NOM ET INITIALE DU PRÉNOM DU PRESCRIPTEUR					
<b>Service</b> NUMÉRO D'ORDONNANCE    CODE DE SERVICE    CODE DIN    NOMBRE DE RENOUVEL.    NATURE/EXPRES.    CODE SÉLECTION    FORMAT/SOURCE    APPROUV.    QUANTITÉ					
TYPE DE SERVICE	DURÉE DE TRAITEMENT	CODE D'INTERVENTION OU D'EXCEPTION	DATE DE FIN DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE ANNÉE    MOIS    JOUR		
MONTANT DEMANDÉ MÉDICAMENTS OU FOURNITURES		FRAIS DE SERVICE DEMANDÉS			
SIGNATURE DU PHARMACIEN VISÉ À L'ENTENTE OU DE SON MANDATAIRE					

**Directives pour la personne assurée**

**Pour obtenir un remboursement :**

- 1) Vérifiez que le pharmacien a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- 2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- 4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le pharmacien.

**Situation à l'origine de la demande**

Vous avez dû payer vos médicaments pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- **Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- **Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté :** Inscrivez la date de fin de la période de validité de votre carnet de réclamation dans la case placée dans la partie supérieure droite. Inscrivez le numéro d'assurance maladie paraissant sur votre carnet de réclamation sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- **Vous carte d'assurance maladie est expirée :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- **Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :**
- **Vous n'êtes pas inscrit à l'assurance médicaments :**

**Note** - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incaptes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

<b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>		<b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>	
NOM		<input type="checkbox"/> MÊME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE	
PRÉNOM		NOM ET PRÉNOM OU RAISON SOCIALE	
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO	RUE
APP.	VILLE	APP.	VILLE
PROVINCE	Q u é b e c	PROVINCE	
CODE POSTAL		CODE POSTAL	

**Signature de la personne assurée**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :  MÈRE     PÈRE     AUTRE :

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR
	TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. REGIONAL
	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. REGIONAL

3621 292 13/04



## 4. PAIEMENT

Pour tout renseignement sur le paiement, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens (voir l'onglet *Communication interactive*, section 2.1).

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué aux deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du pharmacien visé à l'entente ou par dépôt direct.

- # Le virement bancaire (*dépôt direct*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. (Pour adhérer au virement bancaire, voir le formulaire *Autorisation de paiement par virement bancaire* (2914) disponible sur le site Web de la Régie).

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

La Régie fait le paiement dans les 15 jours suivant l'autorisation d'une **demande de paiement**.

4.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement pour refléter le résultat des transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 25 \$.

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>										<b>ÉTAT DE COMPTE</b>											
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3										DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU			NUMÉRO DU PAIEMENT			PAGE					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										6			7			DE 8					
NOM					NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU GROUPE		NUMÉRO DU CHÉQUE		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE			NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.		MONTANT PAYÉ	
1					2		3		4		5										
9																					
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.		MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.		MONTANT PAYÉ								
1a	2a	3a	4a	5a		6a															
SPÉCIMEN																					
2000 - 4713 306 02/04																					

#### 4.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

##### 4.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM : Le nom du pharmacien ou de la société de pharmaciens.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Le numéro d'inscription de la pharmacie, du pharmacien ou de la société de pharmaciens visés à l'Entente.
3. NUMÉRO DU GROUPE : Cette case n'est pas utilisée dans le cas des pharmaciens.
- # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date est la même que celle du chèque et correspond à celle du paiement. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du 2<sup>e</sup> jour suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU : La date, suivie de la lettre « **I** » pour communication interactive, a trait à la date limite d'autorisation des demandes de paiement soumises par communication interactive. Les demandes de paiement autorisées à la Régie jusqu'à cette date limite figurent sur l'état de compte.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro indique le numéro de la semaine de paiement et peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le pharmacien ou la société de pharmaciens.

##### 4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. DEMANDE : Numéros de contrôle des demandes de paiement. Les 4 derniers chiffres seulement sont inscrits. Cependant, l'ordre d'impression sur l'état de compte se fait par les 6 chiffres. Par exemple, le numéro 100001 pourra figurer à la fin de l'état de compte avec le numéro 0001.
- 2a. DATE : **Date de service inscrite sur la demande de paiement.** Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : 30 juillet 2007 = 070730 i.e. 07 pour les deux derniers caractères de l'année, 07 pour juillet et 30 pour le quantième.
- 3a. ACTE ou P : Rien n'est inscrit dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom, le cas échéant.
- 5a. CODE : Numéros correspondant à la nature de la transaction (TRA) et à un message approprié (EXPL). Voir 4.3.4.
- 6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de l'annulation. Voir 4.3.3.

#### 4.3.1.3 Sommaire

Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale, s'il y a lieu;
- montant de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net ou solde à reporter, selon le cas.

#### 4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie le remboursement du montant que le pharmacien lui a réclamé, parce qu'elle n'a pu fournir la preuve (carte d'assurance maladie) de son inscription à la Régie ou le carnet de réclamation (prestataire d'une aide financière de dernier recours).

Elle comporte une énumération des demandes de remboursement traitées. Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les mêmes que ceux décrits à 4.3.1.2.

#### 4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir 4).

#### 4.3.3 Règlement des demandes de paiement

##### 4.3.3.1 Demande de paiement autorisée

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie correspond à celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie est **différent** de celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte avec le code de transaction « **TRA** » **02**.

##### 4.3.3.2 Demande de paiement annulée

Dans le cas d'une demande d'annulation faite par le pharmacien, le montant récupéré par la Régie est indiqué à l'état de compte avec le code de transaction « **TRA** » **21**.

##### 4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée

Le pharmacien qui désire modifier une demande de paiement déjà payée doit l'annuler et, s'il y a lieu, en soumettre une nouvelle.

Voir procédures sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.4.

##### 4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation

Pour les modalités d'application en communication interactive, voir la section 2.4 sous l'onglet *Communication interactive*.

##### 4.3.3.5 Délai pour demander une révision

Le pharmacien peut contester une demande de paiement autorisée en effectuant une demande de révision selon les modalités établies par la Régie.

Le délai pour demander une révision est de **90 jours**; il court à partir de la date d'autorisation de la demande de paiement visée.

**5. ENTENTE**

**ENTENTE  
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE  
ENTRE  
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS  
PROPRIÉTAIRES  
ET  
LE MINISTRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX**

## INDEX

	<i>Page</i>
ARTICLE 1 RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION .....	4
ARTICLE 2 OBJETS .....	4
ARTICLE 3 COTISATION SYNDICALE .....	4
ARTICLE 4 PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION .....	5
ARTICLE 5 FACTURATION .....	5
ARTICLE 6 PAIEMENT .....	5
ARTICLE 7 DIFFÉREND ET ARBITRAGE .....	7
ARTICLE 8 LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE .....	8
ARTICLE 9 BONNE FOI .....	8
ARTICLE 10 CONSULTATIONS .....	8
ARTICLE 11 MODIFICATION DE L'ENTENTE .....	8
ARTICLE 12 COMITÉ SPÉCIAL .....	9
ARTICLE 13 INFORMATION SUR LES MODIFICATIONS DES PRIX MAXIMUM DES MÉDICAMENTS .....	9
ARTICLE 14 RENOUVELLEMENT .....	9
ARTICLE 15 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE .....	9
ANNEXE I LISTE DES MÉDECINS .....	9
ANNEXE II RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF .....	10
ANNEXE III # TARIF (voir onglet Tarif) .....	26
ANNEXE IV # FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT .....	26

	<i>Page</i>
ANNEXE V	
# FORMULE DE DIFFÉREND .....	<b>27</b>
ANNEXE VI	
# PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE .....	<b>28</b>
ANNEXE VII	
# LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE .....	<b>29</b>
ANNEXE VIII	
# CONCERNANT LES MESURES D'ÉCONOMIES .....	<b>31</b>
LETTRES D'ENTENTE	
# N° 1 .....	<b>32</b>
# N° 2 .....	<b>32</b>
# N° 3 .....	<b>33</b>
# N° 4 .....	<b>33</b>
# N° 5 .....	<b>34</b>
# N° 6 .....	<b>35</b>
# N° 7 .....	<b>36</b>
# N° 8 .....	<b>37</b>

**ARTICLE 1  
RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION**

**1.01** Le Ministre reconnaît l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires comme la représentante exclusive des pharmaciens propriétaires de pharmacie et inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens aux fins de la conclusion et de l'application d'une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

**1.02** Cette reconnaissance vise également tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des pharmaciens et dont le nom apparaît à l'Annexe I de la présente entente ou qui obtient, après la signature de cette entente, un permis en vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.

Dans ce dernier cas, la reconnaissance prend fin dès l'ouverture d'une pharmacie dans la municipalité ou le territoire visé par le permis.

**1.03** Cette reconnaissance ne s'étend pas au pharmacien employé par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

**1.04** La présente entente oblige toute personne qui tombe sous le coup de la reconnaissance ci-haut décrite.

**1.05** Sous réserve de l'article 1.03, aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'entente ne peut intervenir entre un pharmacien et soit le Ministre, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou un établissement.

Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.

**1.06** Une lettre d'entente convenue entre le Ministre et l'Association fait partie intégrante de l'entente.

**1.07** L'entente ne confère à aucun pharmacien le statut de fonctionnaire dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments et ses dispositions ne limitent pas l'exercice de la pharmacie.

**1.08** Le Ministre reconnaît à tout pharmacien le droit d'être accompagné par un représentant désigné par l'Association lors de la présentation d'un différend ou lors de toute rencontre avec un représentant de la Régie.

**ARTICLE 2  
OBJETS**

**2.01** Sont objets de négociation entre les parties les sujets suivants :

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

**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.

### ARTICLE 4 PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION

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

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

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

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

### ARTICLE 5 FACTURATION

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

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

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

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

### ARTICLE 6 PAIEMENT

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

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

Tout montant dû et non acquitté sur une demande de paiement porte, à compter du 21<sup>e</sup> 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 1/2 %). Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé que pour une demande de paiement soumise dans les trente (30) jours de la dispensation des services et des médicaments assurés. Tout intérêt égal ou supérieur à un demi-cent (0,005 \$) est arrondi au cent supérieur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) le pharmacien a cessé d'être détenteur d'un permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- b) le pharmacien est devenu un professionnel non-participant;
- c) la Régie est d'avis qu'un nombre important de demandes de paiement portent sur des services ou des médicaments non assurés, non rendus ou faussement décrits ou sur des médicaments n'apparaissant pas sur la liste; dans ce cas, la Régie avise préalablement l'Association par courrier recommandé;
- d) le pharmacien est décédé;
- e) les demandes de paiement du pharmacien font l'objet d'une saisie;
- f) en ce qui concerne les honoraires dûs 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.

## 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 conquis 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<sup>e</sup> Diane Fortier
- + M<sup>e</sup> Francine Lamy
- + M<sup>e</sup> Joëlle L'Heureux
- + M<sup>e</sup> Germain Jutras
- + À défaut d'entente, M<sup>e</sup> 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 débiter dans les trente (30) jours de la formation du conseil d'arbitrage. Ce délai peut être prolongé du consentement des parties au différend.

**7.08** Le conseil d'arbitrage a compétence pour maintenir, modifier, ou rescinder toute décision de la Régie et, s'il le juge à propos, il peut décréter toute compensation à être versée. Toutefois, le conseil d'arbitrage ne peut modifier les dispositions de la présente entente.

**7.09** Le président rend seul les décisions préliminaires et la sentence arbitrale. La sentence arbitrale doit être écrite et motivée. Un assesseur peut y adjoindre ses commentaires.

**7.10** Le conseil d'arbitrage peut rendre toute décision interlocutoire qu'il estime nécessaire à la sauvegarde des droits des parties. Notamment, si le pharmacien, seul ou par l'entremise de l'Association, conteste une demande de remboursement de la Régie et établit *prima facie* une apparence de droit, le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis de l'exécution.

**7.11** Une sentence arbitrale est finale et lie les parties.

**7.12** Les honoraires du président et les dépenses encourues par lui sont répartis en parts égales entre les parties.

La rémunération du greffier ainsi que les frais de sténographie ou d'enregistrement par bande magnétique sont assurés, s'il en est, par la Régie.

**7.13** Le greffier du conseil d'arbitrage transmet toute sentence, sous pli recommandé, au Ministre, à l'Association et, le cas échéant, aux autres parties.

## **ARTICLE 8 LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE**

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

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

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

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

## **ARTICLE 9 BONNE FOI**

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

## **ARTICLE 10 CONSULTATIONS**

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

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

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

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

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

## **ARTICLE 11 MODIFICATION DE L'ENTENTE**

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

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

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

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

## **ARTICLE 12, COMITÉ SPÉCIAL**

**12.01** Le Ministre et l'Association conviennent de former, à la demande de l'un d'eux, des comités ad hoc ayant pour mandat d'étudier tout problème particulier qu'ils jugent bon de leur soumettre.

**12.02** Tout comité ainsi formé est composé de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association.

**12.03** Le Ministre nomme pour chaque comité un secrétaire qui n'a pas voix délibérative.

**12.04** Tout tel comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement.

**12.05** Tout tel comité doit faire rapport au Ministre et à l'Association dans le délai que ceux-ci lui ont fixé.

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

**12.07** Chaque partie assume ses propres frais et déboursés encourus lors de l'exécution du mandat d'un tel comité.

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

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

## **ARTICLE 14 RENOUVELLEMENT**

**14.01** Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'entente.

**14.02** La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.

**14.03** Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

## **ARTICLE 15 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE**

+ **15.01** La présente entente entre en vigueur le 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.

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

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

---

## **ANNEXE I LISTE DES MÉDECINS**

Aucun.

## ANNEXE II

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

#### RÈGLE 1

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

#### RÈGLE 2 Rémunération des services pharmaceutiques

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

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

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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet Communication interactive.

#### RÈGLE 4

+ Abrogée.

#### RÈGLE 5

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

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

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

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

**RÈGLE 6**

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

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

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet Communication interactive.

**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. rescription 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.

**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 médicaments 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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.

#### **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 d'un médicament prescrit 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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.



**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.

# **AVIS :** Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

**AVIS :** Voir la section 2.3.5.3 sous l'onglet Communication interactive.

**+ 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 prévus aux points 13 et 20 de l'annexe III.

# **AVIS :** Voir les sections 2.3.4.2.1 et 2.3.4.2.2 sous l'onglet Communication interactive.

**RÈGLE 23 Plafond**

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

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

**RÈGLE 24 Pilulier**

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

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

- 1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :
  - de problèmes cognitifs;
  - de handicaps physiques ou sensoriels;
  - de la complexité du régime posologique ou
  - du niveau de danger en regard de la situation clinique.

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

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

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

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.

**AVIS** : La liste des établissements est disponible dans notre site Internet au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la page Manuel des pharmaciens de l'onglet [Manuels](#). La Liste CHSLD Privé - Règle 24 Pilulier est sous la section Entente.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet Communication interactive.

### 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 <sup>(1)</sup>, 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.

- # **AVIS** : Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.

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.

- # **AVIS** : Voir la section 2.3.4.33 sous l'onglet Communication interactive.

(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.

### **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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.19 sous l'onglet Communication interactive.

- 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.

**AVIS** : Voir les sections 2.3.4.18 et 2.3.4.19 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

# **AVIS** : Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet Communication interactive.

**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.

# **AVIS** : Voir la section 2.3.4.36 sous l'onglet Communication interactive.

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.39 sous l'onglet Communication interactive.

**+ RÈGLE 31 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis**

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

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

le service doit viser **les personnes à risque modéré ou élevé**<sup>1</sup> 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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.39 sous l'onglet Communication interactive.

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



**+ RÈGLE 32 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques suivants :**

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

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

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge. 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 insulino-dépendant décrit à la règle 33), le tarif de la rencontre initiale est précisé au point 26 de l'annexe III. Toutefois, si la prise en charge d'un autre champ thérapeutique s'ajoute subséquemment, une nouvelle rencontre initiale correspondant au tarif précisé au point 26 de l'annexe III peut être réclamée.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 sous l'onglet Communication interactive.

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

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

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale du pharmacien pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge. 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 insulino-dépendant, a droit au tarif désigné au point 27 de l'annexe III pour la rencontre initiale ainsi qu'à un forfait annuel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 sous l'onglet Communication interactive.

**+ RÈGLE 34 Services 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.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 sous l'onglet Communication interactive.

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.41 sous l'onglet Communication interactive.

**ANNEXE III****TARIF****VOIR SOUS L'ONGLET TARIF****ANNEXE IV****FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT**

..... 20 .....

Le Président-directeur général,  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec)  
G1K 7B4

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)

**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 2<sup>e</sup> colonne de l'état de compte sous l'intitulé « date »)

Date du dernier état de compte

où apparaît la demande de paiement objet du différend :

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

Nom du bénéficiaire :

et numéro d'assurance maladie

ou C.P. 12 :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Date :

Le pharmacien ou l'Association

## ANNEXE VI PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

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



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

**A**

Situation	Médicaments
+ Asthme	12:12.08 Agonistes bêta adrénergiques inhalés 68:04 Corticostéroïdes inhalés (Associations d'agoniste bêta adrénergique et de corticostéroïde inhalés) *4:00 Antihistaminiques (kétotifène) 48:10.24 Antagonistes des récepteurs des leucotriènes
Tuberculose	Tous les médicaments couverts par et dispensés dans le cadre du « Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose »
Dyslipidémie	24:06 Hypolipémiants
+ Hypertension artérielle et maladies cardiaques	24:04 Cardiotropes 24:08 Antihypertenseurs 24:12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.1. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole) 24:20 Bloquants alpha-adrénergiques 24:24 Bloquants bêta-adrénergiques 24:28 Bloquants du canal calcique 24:32 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone 40:28 Diurétiques
+ Diabète de type II	68:20.02 Inhibiteurs des alpha-glucosidases 68:20.04 Biguanides 68:20.05 Inhibiteurs de la DDP-4 68:20.16 Méglitinides 68:20.20 Sulfonylurées 68:20.28 Thiazolidinediones
Épilepsie	28:12 Anticonvulsivants (sauf Clonazépam)
+ Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.04 Antidépresseurs 28:16.08 Antipsychotiques *28:24.92 Divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (prométhazine) *28:28 Autres psychotropes (lithium)

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

**B**

<b>Situation</b>	<b>Médicaments</b>
Infection au VIH	08:18.08 Antirétroviraux

**NOTE :** Toutes les formes injectables sont exclues.

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.

+

## 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 débiteront 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 \$).

**LETTRE D'ENTENTE N° 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 croît 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.

**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

**LETTRE D'ENTENTE N° 2**

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

- + De même, dans les trente (30) jours de l'entrée en vigueur d'une modification au Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien (chapitre P-10, a. 10, 1<sup>er</sup> al., par. i) adopté en vertu de la Loi sur la pharmacie ou d'une modification au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, a. 19, 1<sup>er</sup> 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 national 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.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

+

**LETTRE D'ENTENTE N° 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.

**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

---

**LETTRE D'ENTENTE N° 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

+

**LETTRÉ D'ENTENTE N° 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.

**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

+

**LETTRÉ D'ENTENTE N° 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.

**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

+

**LETTRE D'ENTENTE N° 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 1<sup>er</sup> octobre 2017.

**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



+

**LETTRE D'ENTENTE N° 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.

**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



## 6.3 MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS

### ENTENTE PARTICULIÈRE

**RELATIVE AUX SERVICES PROFESSIONNELS ET À LA RÉMUNÉRATION DES PHARMACIENS DANS LE CADRE D'UN MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS CHEZ CERTAINS PRESTATAIRES DE LA SÉCURITÉ DU REVENU  
PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE  
ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES**

**AVIS** : Ce programme est suspendu depuis 2005.

### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels et la rémunération de services pharmaceutiques dans le cadre du mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu.

### ARTICLE 1 DÉFINITIONS

Pour les fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Comité d'analyse

Le comité d'analyse des profils de consommation des médicaments mis sur pied par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour analyser, évaluer et faire des recommandations sur des prototypes de dossiers médico-pharmacologiques des prestataires de la sécurité du revenu ayant un profil exceptionnel de consommation des médicaments, dans le cadre du mécanisme.

#### 1.02 Pharmacien désigné

Le pharmacien choisi par un prestataire de la sécurité du revenu dans le cadre du mécanisme ou à défaut déterminé par le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, auquel ce prestataire de la sécurité du revenu doit obligatoirement s'adresser pendant une période donnée pour obtenir les services pharmaceutiques et les médicaments couverts en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

#### 1.03 Bénéficiaire

Le prestataire de la sécurité du revenu détenteur d'un carnet de réclamation délivré suivant les articles 70 et 71 de la Loi sur l'assurance maladie et identifié comme ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments.

### ARTICLE 2 PROCÉDURE

**2.01** Le choix d'un pharmacien comme pharmacien désigné est fait par le prestataire de la sécurité du revenu concerné auprès du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ou à défaut par le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu qui normalement choisit alors le pharmacien auquel a recours le plus souvent le prestataire. Le pharmacien désigné est d'abord avisé par écrit par ce ministre, qui lui expédie le carnet de réclamation de ce prestataire de la sécurité du revenu en lui annonçant qu'une lettre d'information suivra du secrétariat du comité d'analyse.

**2.02** Sur réception de cet avis et du carnet de réclamation, le pharmacien choisi devient pharmacien désigné à moins d'aviser le prestataire de la sécurité du revenu de son refus dans les trois (3) jours qui suivent. Le pharmacien qui refuse, doit retourner sans délai le carnet de réclamation de ce bénéficiaire au ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

**2.03** La Régie de l'assurance maladie du Québec fait parvenir à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, à tous les deux mois, la liste complète de tous les pharmaciens désignés en fonction pendant les mois précédents, spécifiant pour chacun d'eux le nombre de « prestataires concernés ».

**ARTICLE 3****LA SURVEILLANCE ET LE SUIVI DE LA CONSOMMATION DU BÉNÉFICIAIRE**

**3.01** À la première visite du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

- a) doit expliquer en privé les modalités de surveillance et de suivi de consommation de médicaments qu'il entend appliquer à son cas;
- b) doit l'inviter à poser toutes les questions qui le préoccupent en regard du mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments;
- c) doit aviser le médecin traitant du prestataire que celui-ci fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
- d) doit inviter le médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu qui donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

**3.02** Lors de visites subséquentes du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

- a) doit s'informer si ce prestataire de la sécurité du revenu a obtenu de nouvelles prescriptions depuis sa visite précédente;
- b) doit aviser tout nouveau médecin traitant que le prestataire fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
- c) doit inviter tout nouveau médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu si elles donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

**3.03** Le pharmacien désigné doit inscrire au dossier-patient du prestataire de la sécurité du revenu toutes les informations utiles pour assurer la surveillance et le suivi de la consommation de médicaments de ce prestataire de la sécurité du revenu y compris, s'il le juge nécessaire, des informations sur les médicaments dont le prestataire de la sécurité du revenu assume lui-même le coût.

**ARTICLE 4****RÉMUNÉRATION**

# **AVIS :** Voir la section 2.3.4.18 de l'onglet Communication interactive.

**4.01** Le pharmacien désigné reçoit, pour chacun des prestataires de la sécurité du revenu, une rémunération mensuelle fixe de vingt dollars (20,00 \$) laquelle est payable, pour chaque mois ou partie de mois, que les services aient été rendus par lui-même ou un pharmacien à son emploi.

**4.02** En plus de la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, le pharmacien désigné a droit, pour les services visés par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et dispensés au prestataire de la sécurité du revenu concerné, aux honoraires et remboursements prévus.

**4.03** Au début de chaque mois, le pharmacien désigné fait parvenir à la Régie de l'assurance maladie du Québec, une demande spécifique pour la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, payable pour le mois précédent en regard de chacun des prestataires de la sécurité du revenu concernés.

**4.04** Cette demande de paiement est soumise aux règles prévues aux articles 5, facturation et 6, paiement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, en autant qu'elles peuvent être applicables.

**ARTICLE 3****LA PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE**

**3.01** La prestation comprend les éléments prévus à la norme 2001.01 (Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence) de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

**3.02** Le pharmacien doit consigner au dossier-patient les renseignements prévus au paragraphe 3.01 et transmettre une copie sur demande à la Régie.

**ARTICLE 4****RÉMUNÉRATION**

# **AVIS :** Voir la section 2.3.4.28 de l'onglet Communication interactive.

**4.01** La Régie paie au pharmacien le coût de la prestation définie à l'article 3 qu'il a rendue lui-même à une personne admissible au programme ou qui a été rendue par une autre personne, à son emploi, autorisée par la Loi sur la pharmacie en autant que le pharmacien qui fait la prestation soit titulaire d'une attestation de formation suivie et réussie que lui a délivrée l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.

+ **4.02** Le pharmacien reçoit pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence un tarif de 18,02 \$.

**4.03** Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.

**4.04** La personne admissible au programme ne paie pas pour la prestation prévue à l'article 3 sauf pour la situation visée au paragraphe 2.04.

**ARTICLE 5****ENTRÉE EN VIGUEUR**

**5.01** La présente entente entre en vigueur le 17 décembre 2003, suite à l'entrée en vigueur du décret n° 983-2003 du 17 septembre 2003 relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9<sup>e</sup> jour de décembre 2003.

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre  
Ministère de la santé et  
des Services sociaux

**NORMAND BONIN**

Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

**6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES****ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AU PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES****PRÉAMBULE**

Lors de l'instauration du régime général d'assurance médicaments (RGAM) en janvier 1997, des dispositions ont été prises pour que le régime général prenne en charge les clientèles ambulatoires nécessitant des thérapies parentérales. À ce titre, la Liste de médicaments a été modifiée afin de tenir compte des besoins des clientèles ambulatoires et une entente est intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires afin de prévoir la rémunération du pharmacien communautaire pour la préparation d'une ordonnance de médicaments pour usage parentéral. L'entente prévoit aussi que le pharmacien peut faire préparer le médicament à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien (préparateur) qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour ce service.

Dans le but de permettre une plus grande accessibilité à l'utilisation des thérapies parentérales par le biais des pharmacies communautaires, un programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques est mis en place par le gouvernement. L'administration du programme est confiée à la RAMQ (décret n° 1283-2003 du 3 décembre 2003).

Cette entente particulière vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport d'une thérapie parentérale et d'une solution ophtalmique entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

Cette entente particulière ne touche pas l'exécution de l'ordonnance et sa rémunération ni le remboursement du coût des médicaments.

**ARTICLE 1****DÉFINITIONS****1.01 Personne admissible au programme**

Toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la Régie d'assurance maladie du Québec. Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien dispensateur avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

**1.02 Thérapies parentérales et solutions ophtalmiques**

Les thérapies parentérales et solutions ophtalmiques sont celles prévues au point 15 de l'annexe III de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et qui sont conformes à la règle 27 de l'annexe II de l'Entente.

**1.03 Pharmacien préparateur**

Pharmacien qui a reçu une accréditation de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) pour la préparation des produits stériles.

**1.04 Pharmacien dispensateur**

Pharmacien qui exécute l'ordonnance de thérapie parentérale ou de solution ophtalmique et qui est assujéti à l'application de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

**1.05 Régie**

Régie de l'assurance maladie du Québec.

### 1.06 Coût de transport

Le coût de transport comprend les frais de l'emballage ainsi que les frais de transport entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Les frais de l'emballage couvrent le coût des fournitures de l'emballage, des fournitures de conditionnement et du temps pour préparer le colis et contacter le transporteur. Les frais de l'emballage sont remboursables lorsqu'il y a une demande de remboursement des frais de transport d'une thérapie parentérale.

## ARTICLE 2

### PRINCIPES GUIDANT LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

**2.01** Le pharmacien dispensateur a le choix du pharmacien préparateur.

**2.02** L'utilisation du service de livraison habituel du pharmacien dispensateur n'est pas remboursable entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

#### 2.03 Deux catégories de transport sont considérées

- Le transport régulier

Le transport régulier s'inscrit dans le cadre de la messagerie rapide avec la livraison le lendemain. La compagnie de transport est celle qui est retenue à la suite d'un appel d'offres annuel fait par le Secrétariat du Conseil du trésor. Pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 novembre 2003, la compagnie DICOM a été retenue. Les caractéristiques du transport régulier sont les suivants :

- **Le territoire à desservir** est la province de Québec, à l'exclusion des Îles-de-la-Madeleine, de l'Île d'Anticosti et de la partie du territoire situé au nord du 51<sup>e</sup> parallèle. Il inclut également la partie de la province de l'Ontario qui couvre les codes postaux débutant par K, L, M, N (sauf la péninsule de Bruce);
- **Les services sont disponibles** du lundi au vendredi, entre 08 h 30 et 12 h 00 et entre 13 h 00 et 16 h 30, excluant les samedi, dimanche et les jours fériés;
- **Le délai de livraison** est garanti le jour ouvrable suivant la cueillette pour tout le territoire à desservir. Le cas échéant, le transporteur doit laisser une carte prouvant une tentative de livraison et une seconde livraison devra à nouveau être effectuée le lendemain sans frais additionnels;
- **Le lieu de livraison** doit se faire à l'adresse du destinataire;
- **Une assurance** de 100 \$ est incluse dans le tarif. Dans le cas d'une perte supérieure à 100 \$, le pharmacien dispensateur doit utiliser la considération spéciale (C.S.).

**AVIS :** *À compter du 24 avril 2010, à la suite d'un appel d'offres du Centre de services partagés du Québec qui couvre l'ensemble des transports du Gouvernement du Québec, PUROLATOR a été retenu pour le programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques. Les conditions du programme et les modalités de fonctionnement demeurent inchangées. Pour plus de détails, veuillez consulter l'infolettre 007 du 9 avril 2010 (Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques) disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans les infolettres de la section [Pharmaciens](#).*

- Le transport d'urgence ou d'exception

Le transport d'urgence ou d'exception s'effectue dans la même journée du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés. Il est utilisé dans une des situations suivantes :

- Assurer la continuité d'un traitement commencé le vendredi avant-midi à l'hôpital;
- Assurer la continuité du traitement lorsqu'il y a un changement de posologie;
- Assurer la continuité du traitement dans le cas d'un bris ou d'une mauvaise conservation du produit par le patient;
- Maintenir la stabilité du produit de telle sorte que la livraison doive se faire dans un court délai, dans moins de 24 heures.

#### 2.04 Le coût de transport couvre les éléments distincts suivants :

- Les frais de l'emballage

Les frais de l'emballage sont facturés à la Régie par le pharmacien dispensateur. Si deux ou plusieurs thérapies parentérales sont contenues dans un même paquet, un seul coût de l'emballage est remboursable. Les frais de l'emballage sont remboursés selon le tarif établi à l'article 4.01.

- Les frais de transport

Le transport régulier est effectué par la compagnie retenue par le Secrétariat du Conseil du trésor et les frais pour le transport régulier sont facturés directement à la Régie par le transporteur.

Les frais pour le transport d'urgence ou d'exception sont remboursables selon le coût réel encouru sur la base des pièces justificatives et selon la disposition établie à l'article 4.02. Ces frais de transport sont facturés à la Régie par le pharmacien dispensateur.

**2.05** Aucun coût de transport ne peut être facturé à la personne admissible au programme.

### ARTICLE 3 PROCÉDURE

**3.01** Le pharmacien exécute une ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique pour une personne admissible en ayant recours à un pharmacien préparateur.

**3.02** Le pharmacien dispensateur communique au pharmacien préparateur le numéro de l'ordonnance de la thérapie parentérale ou de la solution ophtalmique. Ce numéro de l'ordonnance doit être le même que celui pour lequel le pharmacien dispensateur fait la demande de paiement en médicament, honoraires et emballage.

**3.03** Le pharmacien préparateur doit utiliser le formulaire de connaissance fourni par le transporteur et il doit obligatoirement inscrire le numéro de l'ordonnance sur le connaissance du transporteur ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien dispensateur. À défaut de l'inscription du numéro de l'ordonnance sur le connaissance, la Régie effectue, par post-paiement, une réclamation au pharmacien dispensateur des montants correspondant aux frais de l'emballage (qu'elle lui avait payé en mode interactif) et aux frais de transport de la compagnie choisie par le gouvernement.

**3.04** La Régie rembourse au pharmacien dispensateur les frais encourus pour le transport de l'ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique entre le lieu du pharmacien préparateur et le lieu du pharmacien dispensateur selon la tarification établie à l'article 4.

**3.05** Le pharmacien dispensateur doit garder les pièces justificatives pendant trois ans.

### ARTICLE 4 TARIFICATION

# **AVIS :** Voir les sections 2.3.4.29 et 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.

+ **4.01** Le tarif pour les frais de l'emballage est fixé à 5,74 \$.

**4.02** Le tarif maximum pour les frais de transport d'urgence ou d'exception est fixé à 75,00 \$. Toutefois, lorsque le tarif du transporteur dépasse 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir l'autorisation préalable de la Régie en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.

**4.03** Ces tarifs peuvent être revus annuellement sur la base de l'appel d'offres du choix du transporteur retenu par le Secrétariat du Conseil du trésor.

### ARTICLE 5 ENTRÉE EN VIGUEUR

**5.01** La présente entente entre en vigueur 90 jours après la date d'entrée en vigueur du décret n° 1283-2003, relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec, du programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques.

Cette entente se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'Entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11<sup>e</sup> jour de mars 2004.

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la santé et  
des Services sociaux

**NORMAND BONIN**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires



## 6.7 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDÉMIE

### ENTENTE PARTICULIÈRE

**ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES RELATIVE A LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DES PHARMACIENS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDÉMIE**

**AVIS :** *Ce programme est suspendu depuis le 3 octobre 2011.*

### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels des pharmaciens dans le cadre du programme de gratuité des médicaments identifiés au paragraphe 1.04 pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

### ARTICLE 1

#### DÉFINITIONS

Aux fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

##### 1.01 Situation de pandémie

Période durant laquelle le ministre donne accès gratuitement aux médicaments provenant de la réserve provinciale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

##### 1.02 Personne admissible au programme

Personne atteinte d'un virus pandémique de la grippe, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le programme sauf celui fourni par un pharmacien avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

##### 1.03 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

##### 1.04 Médicaments

Les médicaments de ce programme proviennent de la réserve provinciale du MSSS. Ces médicaments sont fournis gratuitement par le MSSS et demeurent sa propriété.

Toutefois, si le pharmacien doit fournir le solvant nécessaire à la préparation magistrale d'une solution orale à partir d'un comprimé ou d'une capsule, il a droit au remboursement de ce solvant.

### ARTICLE 2

#### PROCÉDURE

**2.01** Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant, d'un résident en médecine, ou d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments en vertu d'une loi du Québec, qui comprend les renseignements habituels.

**2.02** La Régie paie les services professionnels prévus au paragraphe 3.01, compte tenu du paragraphe 4.03, et ce, dans la mesure où le pharmacien est dépositaire des médicaments identifiés au paragraphe 1.04.

**2.03** Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la Régie pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants:

- si la personne est âgée de moins d'un an;
- si la personne est âgée de quatorze (14) ans ou plus mais de moins de dix-huit (18) ans et qu'elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale mais à condition que le pharmacien fournisse les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;

- si la personne est immigrante et qu'elle présente une lettre de la RAMQ confirmant la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec ainsi que la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence.

**2.04** La personne admissible au programme non visée au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer les services professionnels; par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir de la personne plus que ce qui est prévu au programme.

### ARTICLE 3

#### LES SERVICES PROFESSIONNELS

**3.01** Les services professionnels sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- le service sur appel;
- l'opinion pharmaceutique.

### ARTICLE 4

#### RÉMUNÉRATION

# **AVIS :** Voir la section 2.3.4.17 de l'onglet Communication interactive.

**4.01** Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus en situation de pandémie et énumérés au paragraphe 3.01 de la présente entente particulière les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.

**4.02** Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

**4.03** La personne admissible au programme ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'elle reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'elle paierait autrement si elle obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A 29.01).

### ARTICLE 5

#### DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR

**5.01** Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au programme.

**5.02** Advenant la nécessité d'utiliser une fourniture pour l'administration d'un médicament de la réserve provinciale les parties doivent convenir des modalités qui s'appliquent.

**5.03** La présente entente entre en vigueur le 30 octobre 2009 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10<sup>e</sup> jour de février 2010.

**YVES BOLDUC**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**NORMAND BONIN**

Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 7. TARIF

## 7.1 TARIFS ÉTABLIS DANS L'ANNEXE III DE L'ENTENTE

#	Code de service	Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
« N »	<b>1)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance <b>a)</b> Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides)		
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 27,00 \$) . . . . .	0,30 par jour	
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,20 \$) . . . . .	0,28 par jour	
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 27,00 \$) . . . . .		0,30 par jour
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,20 \$) . . . . .		0,28 par jour
	<b>AVIS :</b> Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « 0 »	<b>b)</b> pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en <b>a)</b> et <b>e)</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,37
+	<b>c)</b> pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en <b>a)</b> et <b>d)</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	9,34	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,74	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		9,34
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,74
	<b>AVIS :</b> Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « 6 »	<b>d)</b> 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
+	<b>e)</b> 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
	<b>AVIS :</b> Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.		
« E »	<b>2)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	6,93	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	5,97	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		6,93
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		5,97
	<b>AVIS :</b> Voir la section 2.3.4.35 sous l'onglet Communication interactive.		

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
« 1 »	<b>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement . . . . .</b>	8,96	8,96
	<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet Communication interactive.</b>		
	Ordonnance falsifiée		
	Allergie antérieure au médicament prescrit		
	Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit		
	Interaction cliniquement significative		
	Intolérance antérieure au produit prescrit		
	Choix de produit irrationnel		
	Dose dangereusement élevée		
	Dose sous-thérapeutique		
	Durée de traitement irrationnelle		
	Produit inefficace dans l'indication visée		
	Quantité prescrite irrationnelle		
	Surconsommation		
	Duplication de traitement		
« 3 »	<b>4) Opinion pharmaceutique . . . . .</b>	19,79	19,79
	<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.</b>		
	Allergie		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Calendrier de sevrage		
	Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines		
	Contre-indication		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Duplication		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le traitement prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Effet indésirable ou intolérance observés		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Inefficacité		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		

#	Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
<b>Code de service</b>		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue		
Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv)		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Prolonger la durée du traitement prescrit		
Grossesse ou allaitement		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Innocuité		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique		
Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Réduire la durée du traitement prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Interaction		
Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité		
Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables		
Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) <i>iii</i> ) de la règle 10		
Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale		

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
« 3 »	<b>5)</b> 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 .....	19,79	19,79
	<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.</b>		
	Traitement de l'asthme Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de la tuberculose Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des dyslipidémies Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement du diabète de type II Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'épilepsie Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Utilisation des psychotropes Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'infection au VIH Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
« 2 »	<b>6)</b> Transmission d'un profil .....	8,96	8,96
	<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet Communication interactive.</b>		
« J »	<b>7)</b> Traitement de substitution aux opioïdes (A)		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	14,26	
	- plus de 48 500 ordonnances .....	13,26	
	- 48 500 ordonnances et moins .....		14,26
	- plus de 48 500 ordonnances .....		13,26
	Traitement de substitution aux opioïdes, teneurs différentes de suboxone (B)		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	9,34	
	- plus de 48 500 ordonnances .....	8,74	
	- 48 500 ordonnances et moins .....		9,34
	- plus de 48 500 ordonnances .....		8,74
	Traitement de substitution aux opioïdes, médicament(s) délivré(s) sans honoraires (C) .....	0,00	0,00

**AVIS : Voir la section 2.3.4.36 sous l'onglet Communication interactive.**

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
« M »	<b>8)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
	- 48 500 ordonnances et moins.....	14,26	
	- plus de 48 500 ordonnances .....	13,26	
	- 48 500 ordonnances et moins.....		14,26
	- plus de 48 500 ordonnances .....		13,26
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet Communication interactive.		
« L »	<b>9)</b> 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 :		
	- 48 500 ordonnances et moins.....	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances .....	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins.....		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances .....		8,37
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet Communication interactive.		
« A »	<b>10)</b> Service sur appel .....	28,79	28,79
	Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période.		
	Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération, (ou, quant à ces deux jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâce, le jour de Noël et le 26 décembre.		
	Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués.		
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet Communication interactive.		
« P »	<b>11)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier .....	17,57	17,57
	(le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III)	(4,39)	(4,39)
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet Communication interactive.		

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
	<b>12) Considération spéciale (C.S.)</b>		
	Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :		
	<b>a)</b> lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;		
	<b>b)</b> lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.		
	Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.		
« F »	<b>13) Fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies . . . . .</b>	2,77	2,77
	<b><u>AVIS</u> : Voir la section 2.3.4.2.2 sous l'onglet Communication interactive.</b>		
« 0 »	<b>14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :</b>		
	<b>a) pour les sept (7) premiers jours</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	9,34	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,74	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		9,34
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,74
	<b>b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu :</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,37
	<b><u>AVIS</u> : Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet Communication interactive.</b>		



#

Code de service	Tarifs au 2014/04/01		Tarifs au 2015/06/20	
	Tarifs par unité		Tarifs par unité	
	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable
15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance				
« T » a) Thérapies parentérales ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées				
- Sacs à gravité				
Premier sac . . . . .	14,00	12,15	14,00	12,15
Sacs suivants . . . . .	6,53	6,53	6,53	6,53
- Sacs pour pompe				
Premier sac . . . . .	18,69	14,00	18,69	14,00
Sacs suivants . . . . .	9,34	7,48	9,34	7,48
- Cassettes 50 ml				
Première cassette . . . . .	14,00	12,15	14,00	12,15
Cassettes suivantes . . . . .	6,53	6,53	6,53	6,53
- Cassettes 100 ml				
Première cassette . . . . .	18,69	15,86	18,69	15,86
Cassettes suivantes . . . . .	11,20	10,28	11,20	10,28
- Perfuseurs élastomériques				
Premier perfuseur . . . . .	18,69	13,39	18,69	13,39
Perfuseurs suivants . . . . .	14,92	10,88	14,92	10,88
- Seringues				
Première seringue . . . . .	6,53	5,60	6,53	5,60
Seringues suivantes . . . . .	2,81	2,81	2,81	2,81

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet  
Communication interactive.

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
« R »	<b>b)</b> Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,37	
	- 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	15,86
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet Communication interactive.		
« I »	<b>16)</b> Mise en seringue d'insuline		
	Moins de 17 seringues. . . . .	10,43	10,43
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter : . . . . .	2,77	2,77
	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : . . . . .	0,64	0,64
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter : . . . . .	2,77	2,77
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
« X »	<b>17)</b> Fourniture de chambre d'espacement		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,37
« Y »	Fourniture de masque . . . . .	0,00	0,00
	La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espacement.		
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
« 5 »	<b>18)</b> Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
	Nombre de services multiplié par : . . . . .	1,13	1,13
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « V »	<b>19)</b> Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures . . . . .		16,00
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.39 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « W »	<b>20)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique))		
	- rencontre initiale. . . . .		15,50
	- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus . . . . .		19,50
	- montant forfaitaire annuel . . . . .		40,00 en deux versements
	- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) . . . . .		20,00 en deux versements

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
+	<b>21)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulino-dépendant)		
	- rencontre initiale . . . . .		15,50
	- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus . . . . .		19,50
	- montant forfaitaire annuel . . . . .		50,00 en trois versements
	- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel). . . . .		25,00 en trois versements
+	<b>22)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)		
	- rencontre initiale . . . . .		18,50
	- montant forfaitaire mensuel. . . . .		16,00
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.40 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « Z »	<b>23)</b> Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation		
	- tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée . . . . .		12,50
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.41 sous l'onglet Communication interactive.		

## 7.2 CODES DE SERVICE ADMINISTRATIFS

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
	<b>TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 3 DE L'ANNEXE II</b>		
« K »	<b>24)</b> Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins . . . . .		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances . . . . .		8,37

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet Communication interactive.

## TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 27 d) de L'ANNEXE II

« Q »	<b>25)</b> Mise en seringue de chlorure de sodium		
	première unité . . . . .	5,60	5,60
	unités suivantes . . . . .	2,81	2,81

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.26 sous l'onglet Communication interactive.

**FABRICATION DE CAPSULES PLACEBO  
NORME AGRÉÉE PAR L'A.Q.P.P.**

« B »	<b>26)</b> Préparation de capsules placebo		
	1 à 30 capsules . . . . .	14,26	14,26
	31 à 60 capsules . . . . .	20,48	20,48
	61 à 100 capsules . . . . .	27,27	27,27
	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : . . . . .	0,25	0,25

**AVIS :** Les tarifs pour la fabrication de capsules placebo résultent d'une évaluation agréée de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec. Il ne s'agit donc pas d'un acte négocié à l'Entente.

Voir la section 2.3.4.10 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.

« H »	<b>27)</b> Préparation de sachets		
	1 à 30 sachets . . . . .	14,26	14,26
	31 à 60 sachets . . . . .	20,48	20,48
	61 à 100 sachets . . . . .	27,27	27,27
	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par : . . . . .	0,25	0,25

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.12 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.

#		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
	<b>Code de service</b>		
« U »	<b>28) Préparation de capsules</b>		
	1 à 30 capsules. . . . .	14,26	14,26
	31 à 60 capsules. . . . .	20,48	20,48
	61 à 100 capsules. . . . .	27,27	27,27
	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : . . . . .	0,25	0,25

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.

#### TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES

« 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. . . . .	18,02	18,02
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet Communication interactive.		
« 7 »	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	Coût réel encouru	Coût réel encouru
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.30 sous l'onglet Communication interactive. Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la Régie.		
« 8 »	Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	5,74	5,74
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet Communication interactive.		
« S »	Pharmacie désignée, rémunération mensuelle (programme suspendu) . . . . .	20,00	20,00

**AVIS :** Voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet Communication interactive.



## 8. MANUEL ET FORMULAIRES

### 8.1 MANUEL

#### # 8.1.1 MANUEL SUR LE SITE WEB

Le manuel destiné aux pharmaciens est mis à jour régulièrement et est disponible dans le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Les mises à jour peuvent être consultées ou imprimées individuellement.

#### 8.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande du pharmacien, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

# Vous devez remplir et envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le pharmacien peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

#### 8.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX PHARMACIENS

	Numéro
Manuel des pharmaciens . . . . .	260
# Liste de médicaments (électronique) . . . . .	440
# Codes des médicaments d'exception (électronique) . . . . .	447

### 8.2 FORMULAIRES

#### # 8.2.1 FORMULAIRES SUR LE SITE WEB

La liste des formulaires est disponible sur le site Web et la majorité peuvent être consultés ou imprimés.

#### 8.2.2 FORMULAIRES PAPIER

La Régie met à la disposition des pharmaciens le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621).

#### 8.2.3 COMMANDE

# Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.