



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 37

MAI 2017

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

- PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif
Pages : [1](#), [7](#), [8](#) et [12](#)
- Modification des tarifs au 1^{er} juillet 2016
Page : [13](#)

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modifications d'ordre administratif
Pages : [5](#), [7](#) à 11, [30](#), [32](#), [49](#), [55](#), [59](#), [66](#), [71](#), [72](#) et [80](#)
- Modification, suppression ou ajout des messages d'erreur et des mesures à prendre
Pages : [88](#), [91](#) à 93, [95](#), [99](#), [102](#) à 107, [109](#) et [112](#)
- Ajout de la section 2.3.6 *Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments*
Page : [75](#)

- ENTENTE

- Modifications d'ordre administratif
Pages : [8](#) et [31](#)

- TARIF

- Modifications d'ordre administratif
Pages : [2](#), [8](#) à 11

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :
090 / 2016-06-27, 172 / 2016-09-30, 271 / 2017-01-26, 021 / 2017-04-26, 023 / 2017-04-26

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 

TABLE DES MATIÈRES

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

	<i>Page</i>
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 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments	75
# 2.3.6.1 Modalités de remboursement - Médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	75
# 2.3.6.2 Modalités de remboursement - Réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes)	77
# 2.3.7 Réponse à une transaction de demande de paiement	80
#2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN	81
#2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER	82
#2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER	83
#2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE	84
#2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE	85
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</i> (3621)	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
(<i>voir la table des matières spécifique à cette partie</i>)	
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

	<i>Page</i>
6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE.	10
6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES	12
6.7 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDÉMIE	15
7. TARIF	1
7.1 TARIFS ÉTABLIS DANS L'ANNEXE III DE L'ENTENTE	1
#7.2 CODES DE SERVICE ADMINISTRATIFS	11
8. MANUEL ET FORMULAIRES	1
8.1 MANUEL	1
8.1.1 Manuel sur le site Web	1
8.1.2 Manuel papier et commande	1
8.1.3 Liste des manuels destinés aux pharmaciens	1
8.2 FORMULAIRES	1
8.2.1 Formulaires sur le site Web	1
8.2.2 Formulaires papier	1
8.2.3 Commande	1

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 de l'une des 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.

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**.

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'Annexe H du *Guide administratif - Liste des 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'Annexe I du *Guide administratif - Liste des 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.

1.2.7 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques

Ce programme s'adresse à toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

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 6.6 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.30 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*, section 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 : 87,16 \$)

1^{er} 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 \$

Coût total de l'ordonnance 150,00 \$

c) Détermination de la contribution totale à payer pour les 3 périodes visées par l'ordonnance (franchise mensuelle de 18,85 \$ et coassurance de 34,5 %) à partir du coût de traitement de chaque période :

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 \$	18,85 \$	11,32 \$	30,17 \$
#	Mars	51,67 \$	18,85 \$	11,32 \$	30,17 \$
#	Avril	46,66 \$	18,85 \$	9,59 \$	28,44 \$
#		Contribution totale à percevoir			<u>88,78 \$</u>

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^{er} format et une deuxième contribution qui s'appliquerait 41 jours plus tard pour le 2^e format.

#

TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC				
Catégories de personnes	Franchise mensuelle (à partir du 01/07/2016)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2016)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2016)	Prime¹ à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2016)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans ²	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 ³ maximal	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG ³ maximal (SRG ³ partiel)	18,85 \$	34,5 %	52,16 \$ / mois 626 \$ / année	0 à 660 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG ³	18,85 \$	34,5 %	87,16 \$ / mois 1 046 \$ / année	0 à 660 \$ par personne
Adhérents adultes	18,85 \$	34,5 %	87,16 \$ / mois 1 046 \$ / année	0 à 660 \$ par personne

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

2 Aucune contribution à payer pour les enfants de moins de 18 ans, ainsi que pour les personnes de 18 à 25 ans, sans conjoint, domiciliées chez leurs parents et aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement secondaire, collégial ou universitaire

3 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>
01. Bas-Saint-Laurent	15
02. Saguenay-Lac-St-Jean	15
03. Capitale-Nationale	15
04. Mauricie	16
05. Estrie	16
06. Montréal	16
07. Outaouais	17
08. Abitibi-Témiscamingue	17
09. Côte-Nord	18
10. Nord-du-Québec	18
11. Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	18
12. Chaudière-Appalaches	18
13. Laval	19
14. Lanaudière	19
15. Laurentides	19
16. Montérégie	20
17. Centre-du-Québec	20

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 2.3.7 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

(*) 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.

Des contributions sont perçues auprès de la personne assurée selon le code de service facturé. Les codes de service soumis à la contribution sont : O, N, 6, P, G, E, F, X, Y, J, L, M, B, H, I, K, Q, R, T, U, V, W, Z.

- 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 : SSAAMJJ (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

S

(*) En présence du **code de sélection 1 (mention NPS sans code justificatif)**, la personne assurée aura à payer un excédent pour obtenir le médicament innovateur :

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

À compter du 1^{er} 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 des médicaments* au point 2.2.3, Exceptions à la méthode du prix le plus bas.

- 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 l'Annexe A, point c) du *Guide administratif - Liste des 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

		valeur
#	• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours - Limites de 200, de 400 et de 3 000	BD
#	• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires - Limites de 200 et de 400	BE
#	• pour permettre le remboursement de 3 000 bandelettes pour une femme enceinte diabétique . . .	BG
	• 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
	• 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 des 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 des médicaments*.

- 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.

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 section 3.2 de la *Liste des 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 des 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 : L ou M	Code DIN 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 : A à H	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) 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 : O	Code DIN 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 : PL
Montant du médicament	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o 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'Annexe H du *Guide administratif - Liste des 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 » (traitements épidémiologiques des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) 1L

Section D :

- Inscrire le code DIN du médicament.
- 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 DIN du médicament
Nombre de renouvellements = 0	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	

2.3.4.16 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 des médicaments** énumérés à l'Annexe I du *Guide administratif - Liste des médicaments* prescrits pour la chimioprophylaxie ou le traitement de la tuberculose. 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 « 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

Section D :

- Inscrire le code DIN du médicament.

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 des médicaments* dont le mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section 3 de la *Liste des 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).

		Tarif au 2015-06-20
Type	Description	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 : R	Code DIN 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 : A	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

2.3.4.31 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, 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 : 2	Montant du service
N ^o pharmacien instrumentant	N ^o 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 : 5	Quantité : nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours
Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant	N ^o de prescripteur
Type de prescripteur		

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

- Inscrire 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 : 6	Code DIN 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 : < 7 jours	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o 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 : E	Code DIN 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 ^o de prescripteur	Source d'approvisionnement de la formule nutritive, s'il y a lieu
Durée du traitement	N ^o pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue de la formule nutritive, s'il y a lieu

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 : V	Code d'intervention ou d'exception : inscrire le code approprié
Nature/expression de l'ordonnance : N	Montant du service	N° de prescripteur : 4XXXXX
Type de prescripteur : 56	Type de service : A ou B	N° pharmacien instrumentant

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 1.5 du *Guide administratif - Liste des 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 DIN 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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o 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 1.6 du *Guide administratif - Liste des médicaments* pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments.

■ **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 DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition : 0	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.

2.3.6 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments

À la suite des recommandations cliniques formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), des mesures administratives visent à améliorer l'usage à long terme de certaines classes de médicaments et à atténuer la pression financière sur le régime général d'assurance médicaments ont été mises en place.

Les règlements des mesures administratives sont documentés à la *Liste des médicaments* aux points 8 et 9.

Il est de la responsabilité du professionnel de la santé de déterminer si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques donnant droit au remboursement d'un médicament de la mesure administrative.

Afin d'encadrer l'application de ces modalités de remboursement, la Régie mettra en place des mesures de suivi et de contrôle.

2.3.6.1 Modalités de remboursement - Médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

La mesure administrative pour les médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) vise à encadrer les durées de remboursement de ces médicaments. Elle s'applique progressivement pour les personnes âgées de 18 ans et plus assurées par le régime public d'assurance médicaments.

Le remboursement des médicaments IPP est limité à un maximum de 90 jours par période de 365 jours. Pour chaque personne assurée, la période de 365 jours débute lors de la première facturation d'une ordonnance d'un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons.

Toutefois, pour permettre le remboursement d'un IPP pour une période prolongée, le prescripteur doit inscrire sur l'ordonnance le code approprié si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques.

Ordonnance SANS code justificatif

Le remboursement d'un IPP est limité à un maximum de 90 jours par période de 365 jours lorsqu'aucun code justificatif n'est présent sur l'ordonnance et que la personne présente l'une ou l'autre des conditions thérapeutiques suivantes :

- Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien;
- Ulcère gastrique ou duodénal;
- Helicobacter pylori positif.

Le cumul se calcule en fonction de la durée de traitement transmise à chaque facturation d'un IPP sans code justificatif que les services soient facturés de façon consécutive ou non.

■ Principes à respecter :

- Le médicament doit faire partie de la classe AHFS 56:28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons

■ 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;

ORDONNANCE		MÉDICAMENT
Numéro de l'ordonnance	Code de service	Code DIN : Classe AHFS 56:28.36
Nature/expression de l'ordonnance	Type de service	Format d'acquisition
Code de sélection	Montant du service	Quantité
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement, s'il y a lieu
Durée du traitement	N° pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue ou justificatif, s'il y a lieu : à blanc

Ordonnance AVEC code justificatif

Pour permettre le remboursement d'un IPP pour une période prolongée, le prescripteur détermine si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques présentées ci-dessous et inscrit le code approprié sur l'ordonnance ainsi que sur chaque ordonnance subséquente si la situation de la personne demeure inchangée.

La durée maximale de remboursement d'un IPP se calcule à partir de la date de facturation d'une **nouvelle ordonnance** avec un code justificatif. Selon le code, cette durée maximale sera de 12 ou de 24 mois.

Le code justificatif doit être inscrit sur la demande de paiement dans le champ normalement prévu pour la facturation des médicaments d'exception codifiés.

Dans le cadre de l'activité de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis, le pharmacien qui prescrit un IPP pour la prophylaxie cytoprotectrice dans le respect des conditions qui sont prévues à la règle 31 de l'entente MSSS-AQPP peut ajouter PP12 sur l'ordonnance qu'il rédige.

Le tableau suivant décrit les considérations thérapeutiques permises avec un code justificatif.

Code	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
PP12	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens; • Prophylaxie cytoprotectrice; • Grossesse; • Port d'une sonde naso-gastrique ou gastrojéjunale. 	12 mois
PP205	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien ou lorsque les symptômes ont été soulagés par un traitement initial et que ces derniers reviennent à l'arrêt des IPP et qu'ils sont présents au moins 3 jours par semaine. 	12 mois
PP999	<ul style="list-style-type: none"> • Œsophage de Barrett; • Syndrome de Zollinger-Ellison; • Sténose peptique de l'œsophage; • Œsophage à éosinophiles. 	24 mois

■ **Principes à respecter :**

- Le médicament doit faire partie de la classe AHFS 56:28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons
- Le code justificatif doit être inscrit dans le champ « Code d'indication reconnue ou justificatif »
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance verbale ou écrite pour démarrer la durée maximale de remboursement d'un IPP

■ **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;

ORDONNANCE		MÉDICAMENT
Numéro de l'ordonnance	Code de service	Code DIN : Classe AHFS 56:28.36
Nature/expression de l'ordonnance	Type de service	Format d'acquisition
Code de sélection	Montant du service	Quantité
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement, s'il y a lieu
Durée du traitement	N° pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue ou justificatif, s'il y a lieu : PP12 ou PP205 ou PP999

2.3.6.2 Modalités de remboursement - Réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes)

La mesure administrative pour les réactifs quantitatifs dans le sang (bandelettes) vise à limiter le remboursement du nombre de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang.

Le nombre maximal de bandelettes remboursables par période de 365 jours est modulé en fonction du risque d'hypoglycémie, c'est-à-dire en fonction du traitement antidiabétique en usage.

Une limite de 200 est établie au moment de la première facturation de bandelettes. Toutefois, si l'historique de facturation des derniers six mois révèle une ordonnance de sulfonylurée, de répaglinide ou d'insuline, la limite sera ajustée à la hausse en fonction des médicaments consommés.

Les limites permises de bandelettes remboursables correspondant aux situations cliniques sont décrites dans le tableau suivant.

Limite permise	Situation clinique
200 bandelettes	Personnes atteintes de diabète traitées par un changement des habitudes de vie sans ordonnance d'antidiabétiques; Personne atteintes d'une anomalie du pancréas entraînant une production anormale d'insuline (ex. : insulinome ou nésioblastose); Personnes atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance d'antidiabétiques ne comprenant pas de sulfonylurée, de répaglinide ou d'insuline.
400 bandelettes	Personne atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance de sulfonylurée ou de répaglinide, mais ne recevant pas d'insuline.
3 000 bandelettes	Personnes atteintes de diabète traitées à l'insuline.

La plupart des formats de bandelettes décrits à la *Liste des médicaments* correspondent à des multiples des limites permises de remboursement. Toutefois, des formats de 51 et 102 sont également disponibles à la liste. À cet effet, la Régie a ajusté le traitement de ces formats en conséquence.

Situations cliniques particulières - Bandelettes supplémentaires

Dans certaines situations cliniques particulières, des bandelettes supplémentaires peuvent être requises.

Ces situations cliniques sont :

- le patient diabétique n'atteint pas les cibles glycémiques, telles que définies par le médecin, pendant 3 mois ou plus;
- le patient diabétique est atteint d'une maladie aiguë (ex. : infection), d'une comorbidité ou a subi une intervention médicale ou chirurgicale pouvant influencer le contrôle glycémique;
- le patient diabétique commence une nouvelle thérapie médicamenteuse connue pour ses effets hypo ou hyperglycémisants;
- le patient diabétique présente des risques d'interactions médicamenteuses pour influencer le contrôle glycémique;
- la situation professionnelle du patient diabétique nécessite un contrôle glycémique étroit, car une hypoglycémie présente un risque important de sécurité (pilote, contrôleur aérien, etc.);
- la patiente est atteinte de diabète de type 2 non insulino-traitée et planifie une grossesse;
- le patient est atteint d'une anomalie du pancréas amenant une production anormale d'insuline (ex. : insulinome et nésioblastose).

Dans toutes les situations, la raison justifiant l'utilisation d'un code d'exception doit être notée au dossier du patient par le professionnel de la santé impliqué dans le suivi lorsque ce dernier évalue ou constate que des bandelettes supplémentaires sont requises. Si la décision d'accorder des bandelettes supplémentaires provient d'un autre professionnel de la santé, il doit informer le pharmacien de la justification pour la facturation des bandelettes.

BE Les personnes présentant des situations cliniques particulières peuvent obtenir le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires, et ce, une seule fois par période de 365 jours.

Selon la quantité du format facturé, la présence du code d'exception BE pour accorder le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires sera nécessaire sur la demande de paiement en pharmacie jusqu'à ce que la limite de 100 bandelettes supplémentaires soit atteinte. Le code BE ne s'applique pas aux personnes ayant droit à 3 000 bandelettes.

BG Les femmes enceintes atteintes de diabète peuvent bénéficier du remboursement de 3 000 bandelettes par période de 365 jours. Le code d'exception BG pour le remboursement de 3 000 bandelettes pour les femmes enceintes doit être transmis sur la demande de paiement en pharmacie.

BD Le code d'exception BD pour le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours est recevable pour l'ensemble des personnes diabétiques ainsi que pour celles atteintes d'une anomalie du pancréas amenant une production anormale d'insuline. Les demandes transmises avec le code BD doivent être effectuées selon les besoins exceptionnels du patient et ne sont pas limitées. Ce code est recevable pour l'ensemble des situations cliniques particulières.

■ Principes à respecter :

- La bandelette doit être un réactif quantitatif du glucose dans le sang
- Le code d'exception BE est requis pour accorder le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires, s'il y a lieu, sauf pour les personnes ayant droit à 3 000 bandelettes
- Le code d'exception BG est requis pour accorder le remboursement de 3 000 bandelettes pour la femme enceinte atteinte de diabète, s'il y a lieu
- Le code d'exception BD est requis pour accorder le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours, s'il y a lieu. Ce code est permis pour les personnes ayant droit à une limite de 200, 400 ou 3 000 bandelettes

■ **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;

ORDONNANCE		MÉDICAMENT
Numéro de l'ordonnance	Code de service	Code DIN : Réactifs quantitatifs du glucose dans le sang
Nature/expression de l'ordonnance	Type de service	Format d'acquisition
Code de sélection	Montant du service	Quantité
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement, s'il y a lieu
Durée du traitement	N° pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue ou justificatif, s'il y a lieu
Code d'intervention ou d'exception pour le remboursement de bandelettes supplémentaires, s'il y a lieu : BE, BG ou BD		

2.3.7 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						
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					
TOTAL					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 code de transaction est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33
04	NO de développeur de logiciel en erreur (◆)	1. Le numéro de développeur de logiciel 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 numéro de version de logiciel 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 numéro de pharmacie 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 date de service 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"> 1. Le numéro de contrôle externe est obligatoire. Il est formé de 6 chiffres dont les 4 derniers forment un nombre supérieur à zéro. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
30	Code de programme absent ou en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - programme MTS avec particularité (traitement d'une personne atteinte de MTS) = 1K - programme MTS avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) = 1L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) = 2K - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) = 2L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = 2R - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = 2S - mesure du patient d'exception = 40 - programme médicament d'exception = 41 - programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence = 04 - programme de gratuité des médicaments en cas de pandémie = 06 <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>
32	Numéro de la personne assurée en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) figure sur la demande de paiement : <ul style="list-style-type: none"> - 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) 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 (lien de parenté = 2), vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide.</p> <p>OU</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 date de naissance 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"> - antérieure à la date du service; - de format SSAA-MM-JJ SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour) : ex. : 1980-05-28; - une date valide (ex. : le 30 février).
36	Lien de parenté en erreur	<p>1. Le lien de parenté 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"> - détenteur de carte (valeur par défaut) = 0; - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = 2. <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 prénom 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 nom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>
40	Code du sexe de la personne en erreur	<p>1. Le sexe de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Féminin = F; - Masculin = M. <p>2. 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.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		<p>3. 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.</p> <p>4. En présence du code « BG » (femme enceinte diabétique - Limite autorisée de 3 000), le code de sexe doit être « F » (féminin).</p>
52	Nature de l'ordonnance en erreur	<p>1. La nature de l'ordonnance 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 nature et l'expression de l'ordonnance sont inscrites sur la demande de paiement avec les valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nouvelle ordonnance écrite = N; - nouvelle ordonnance verbale = V; - renouvellement ordonnance écrite = S; - renouvellement ordonnance verbale = R. <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> <p>2. La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».</p>
54	Nombre de renouvellements en erreur	<p>1. En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).</p>
55	Numéro d'ordonnance en erreur	<p>1. Le numéro d'ordonnance est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement.</p> <p>2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.</p>
56	Code de produit en erreur pour le DIN *****	<p>1. Le code de produit (DIN) 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 code de produit (DIN) est inscrit tel qu'indiqué dans la <i>Liste des médicaments</i>.</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> <p>2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41);</p> <p>2.1 Vérifier le code de produit (DIN) autorisé par la Régie pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.</p> <p>OU</p> <p>2.2 Informer 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.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
57	Code de service en erreur	<p>3. Vérifier si le format d'acquisition correspondant au code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement figure dans la <i>Liste des médicaments</i>.</p> <p>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.</p> <p>4. Le code de produit doit être à blanc pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».</p> <p>1. Le code de service 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>.</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>.</p> <p>2. Le code de service doit être valide à la date de service de la réclamation.</p>
58	Quantité en erreur pour le DIN *****	<p>1. Lorsqu'un code de produit (DIN) est inscrit sur la demande de paiement, la quantité du produit est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants :</p> <p>- 1, 2, 3, 4, 7, 8, A, S, V, W, Z;</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i> pour la description des codes de service.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
59	Durée du traitement en erreur	<p>1. En présence d'un code de produit (DIN), la durée du traitement est obligatoire, sauf pour les services suivants :</p> <p>- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1, 2, 3, 4, 7, 8, S, 5, A, V, W;</p> <p>2. La durée du traitement pour un médicament dispensé sous la forme d'un pilulier servi selon la règle 24 doit être égale à 28 jours ou moins.</p> <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 durée du traitement 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>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>4. Le code d'intervention ou d'exception « MT » (pour indiquer une pharmacothérapie initiale) est inscrit sur la demande de paiement mais la durée du traitement est différente de celle permise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (nature et expression = N ou V), la durée du traitement doit être égale à 7 jours; - s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance (nature et expression = S ou R), la durée du traitement doit être égale ou supérieure à 21 jours. <p>Voir la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>5. La durée de traitement 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> <p>6. La durée de traitement doit être supérieure à 30 jours pour le code de service « Z ».</p> <p>7. La durée de traitement doit être inférieure à 7 jours pour le code de service 6.</p>
60	Type de prescripteur en erreur	<p>1. Le type de prescripteur 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"> - médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec (51); - optométriste du 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 du Québec non inscrit à la Régie (99). <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.</p>
61	NO ou nom de prescripteur invalide	<p>1. Le numéro du prescripteur (6 chiffres) est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
62	Code de sélection en erreur	<p>1. Vérifier si le code de sélection inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » = 1; - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3; - tel que présent = à blanc. - 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
S		Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i>
63	Type de service en erreur	<p>1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues.</p> <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	<p>1. Vérifier la présence d'un seul code d'intervention sur la demande de paiement pour les codes de service « V » et « W ».</p> <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>
#65	Code d'intervention/exception en erreur ou non permis : **	<p>1. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service ou s'il correspond aux conditions prévues d'utilisation.</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i></p> <p>2. Lorsque le médicament est un anovulant transmis en pilulier (codé de service P ou G), vérifier que le code d'intervention ou d'exception correspond à PI (Pilulier indivisible).</p> <p>Voir section 2.3.4.37 <i>Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.</i></p>
#		<p>3. 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 remboursement ou au coût du médicament.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		4. Lorsque la bandelette CoaguChek XS PT Test (99101324) est facturé, les codes d'intervention ou d'exception MQ, ME et MR ne sont pas permis.
#		5. Le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception BE) n'est pas permis lorsque la personne assurée bénéficie d'une limite de 3 000 bandelettes.
#		6. La personne a déjà obtenu le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception BE déjà réclamé) dans la période de 365 jours.
#		Voir section 2.3.6 <i>Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments.</i>
#		7. Pour la personne assurée qui bénéficie d'une limite de 200 ou de 400 bandelettes, 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception BE) doivent être autorisées avant de permettre le remboursement de 100 bandelettes en dernier recours (code d'exception BD).
66	Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le coût du médicament, du produit ou de la fourniture est inscrit sur la demande de paiement et qu'il respecte la longueur maximale permise (99999,99).
68	Frais de service en erreur	1. Vérifier si les frais de service inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique. Voir onglet <i>Tarif</i> .
76	NO de pharmacien absent/erreur/non admis	1. Le numéro de pharmacien instrumentant est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement. 2. 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.
78	Indication reconnue en erreur pour le DIN *****	1. Le code d'indication reconnue dépasse la longueur maximale de 10 caractères. Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
80	Le nombre de DIN réclamés est incompatible pour ce code de service.	1. Vérifier que le code de service inscrit sur la demande de paiement peut être réclamé avec un seul code de produit (DIN). 2. Vérifier que la facturation de plus d'un code de produit (DIN) est permise pour le code de service.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
81	Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN : *****	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour le code de service M : <ul style="list-style-type: none"> - 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.
82	DIN ***** déjà transmis sur la même demande de paiement	<ol style="list-style-type: none"> Ces services ne peuvent être réclamés avec deux codes de produit (DIN) identiques sur la même demande de paiement.
#83	Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> Le code de l'indication reconnue ou le code justificatif transmis n'est pas compatible avec le médicament facturé. Vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
84	L'autorisation a pris fin le SSAAMMJJ, traitement non répétitif	<ol style="list-style-type: none"> 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 *****	<ol style="list-style-type: none"> 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.	<ol style="list-style-type: none"> 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 *****	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreint 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.	<ol style="list-style-type: none"> Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreint 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 (◆)	<ol style="list-style-type: none"> La date de transaction est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : 160701. 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
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de fin 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 code d'intervention ou d'exception supplémentaire est en vigueur à la date des services (3 ^e ou 4 ^e 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 source d'approvisionnement inscrite sur la demande de paiement correspond à un des codes de grossistes reconnus qui paraissent dans la <i>Liste des médicaments</i> .
#		Voir l'Annexe A, point c) du <i>Guide administratif - Liste des médicaments</i> .
5B	NO de pharmacie désignée en erreur	1. Vérifier si le numéro de la pharmacie désignée 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 date de service , un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire. NOTE : Le numéro de pharmacie désignée 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 format d'acquisition inscrit sur la demande de paiement est numérique.
5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	1. Vérifier si la date de fin de validité 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"> 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. 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"> - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33
A2	Demande de paiement supérieure date du jour	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si la date de service est antérieure à la date du jour ou y correspond. Vérifier si la date de transaction d'annulation, du sommaire et des détails journaliers est inférieure à la date du jour ou y correspond.
A3	Service déjà payé NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si le même médicament (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. 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> Le même médicament (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. 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. 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. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée. 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>8. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (code de service = S) 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 J « Traitement de substitution aux opioïdes », si le même service a déjà été payé selon les critères suivants :</p> <p>Type de service A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - même personne; - même date de service; - même pharmacie; - même code de service et type de service; <p>Type de service A, B ou C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - même numéro d'ordonnance. <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>
A8	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"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.
A9	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"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.
B1	Pharmacie non admissible	<p>1. Vérifier si le numéro de pharmacie est bien inscrit sur la demande de paiement.</p> <p>2. S'assurer que le numéro de pharmacie 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"> - traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L; - traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L; - traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2R; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2S. <p><i>Voir section 2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ou section 2.3.4.16 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 la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM) 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"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA » <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».
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"> - MTS (code de programme 1K ou 1L); - Tuberculose (code de programme 2K, 2L, 2R ou 2S); - Prestation de services pour la contraception orale d'urgence (code de programme 04). <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
		<ol style="list-style-type: none"> 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. 5. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.
D1	Code de produit non payable : *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ces services sont non payables s'ils sont réclamés seulement avec des solvants, adjuvants ou véhicules sauf pour les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - s'il s'agit d'une préparation de capsule placebo à partir d'une capsule vide (DIN 99001519) ou; - s'il s'agit d'une ordonnance autorisée par la Régie en considération spéciale ou dans le cadre de la mesure du « patient d'exception » ou; - s'il s'agit de mise en seringue de solution de chlorure de sodium.
#		<ol style="list-style-type: none"> 2. La bandelette CoaguChek XS PT Test (99101324) est non payable lorsqu'aucun service de prise en charge pour l'anti-coagulothérapie en rencontre initiale ou en suivi n'est facturé dans les 12 derniers mois pour la personne assurée.
D2	Code de produit qui n'est plus assuré DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si le code DIN ou le format d'acquisition du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.
D3	Prescripteur non admissible	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si le numéro du prescripteur 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. 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. 3. Le pharmacien doit être admissible à prescrire les médicaments de la <i>Liste des médicaments</i>, excluant les stupéfiants, de drogues contrôlées ou de substances ciblées.
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Au dossier de la personne assurée à la Régie, le nombre de renouvellements de cette ordonnance est égal à 0 ou la date de fin de validité de l'ordonnance est atteinte (ordonnance expirée). <ul style="list-style-type: none"> - 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, section 2.3.4.21, de l'onglet <i>Communication interactive</i> de votre manuel). - sinon : une nouvelle ordonnance est requise. 2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (code de service = 1) : aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<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> <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"> - même code de service - même type de service - même code d'intervention
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"> - même code de service - même type de service (« A » ou « D ») - même code d'intervention
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>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	1. Vérifier la valeur inscrite sur la demande de paiement concernant le lien de parenté . 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.
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"> - même numéro d'ordonnance; - même date de service; - même code de produit ou même combinaison de codes de produit (DIN).
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. <i>Voir section 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i>
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 frais de service 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 vérification du calcul du coût du médicament , 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. <i>Voir section 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).</i> Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour le produit Remicade^{MC} jusqu'à la date d'autorisation. 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. <i>Voir section 2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie.</i> Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. <i>Voir section 2.3.4.20 Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i> Pour une situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. <i>Voir section 2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée.</i> 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. <i>Voir section 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.</i> 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. <i>Voir section 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.</i> Une autorisation est requise pour une ordonnance du produit Remicade^{MC}. Une autorisation est requise pour une ordonnance de somatotrophine.
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		9. Une autorisation est requise pour une ordonnance d'un inhibiteur de la pompe à protons avec un code justificatif PP12, PP205 ou PP999. La durée maximale de remboursement débute lors de la facturation d'une nouvelle ordonnance écrite (N) ou verbale (V). Il est requis qu'une nouvelle ordonnance ait préalablement été transmise avant les renouvellements d'ordonnance pour que l'autorisation de paiement soit accordée.
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	1. Il y a une erreur d'inscription du ou des codes d'intervention ou d'exception 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 calcul de cette date 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 ordonnance de longue durée 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 code de service est N (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique) ou 6 (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 ».
#		5. La bandelette CoaguChek XS PT Test (99101324) est payable avec le code de service « O » seulement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
HF	Autorisation prendra fin le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin	<p>1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la date de fin de l'autorisation 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.</p> <p>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.</p>
#		<p>3. Il s'agit d'un médicament de la classe AHFS 56:28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons avec un code justificatif IPP (PP12, PP205 ou PP999), l'écart entre la date de service et la date de fin est ≤ 60 jours.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
HY	Autorisation requise dès le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin	<p>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.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
HZ	Quantité maximale restante pour l'autorisation : *****	<p>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.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
KF	Quantité autorisée dépassée pour le DIN : *****	<p>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.</p>
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : *****	<p>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 nombre de renouvellements devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale.</p> <p>Voir section 2.3.4.7 <i>Initiation d'une pharmacothérapie.</i></p> <p>2. Pour modifier le nombre de renouvellements inscrit par erreur sur la demande de paiement de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception « MG » et corriger le nombre de renouvellements restant sur la demande de paiement.</p> <p>Voir section 2.3.4.21 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.</i></p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KH	Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP) pour le DIN *****	<p>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).</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
KJ	Date de fin de validité expirée NCE : *****	<p>1. Vérifier s'il n'y a pas une erreur dans l'inscription de la date de service ou de la date de fin de validité, car la date de service doit être antérieure à la date de fin de validité.</p> <p>Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception « MG » sur la demande de paiement.</p> <p>Voir section 2.3.4.21 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité</i>.</p>
#KN	Code BD - Noter la justification au dossier	<p>1. Il s'agit d'un remboursement de 100 bandelettes de dernier recours (code d'exception BD) pour lequel la justification de son utilisation doit être notée au dossier du patient.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
KO	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	<p>1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre code de preuve temporaire d'admissibilité dans le même mois.</p> <p>Vérifier la situation de la personne à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> preuve d'admissibilité comme PAE adulte (code MA) preuve d'admissibilité comme PAE à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code MB) <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>
KP	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	<p>1. Si la justification du renouvellement hâtif fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention ou d'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>
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	<p>1. Le code d'intervention ou d'exception « 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>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KV	Coût du produit autorisé au prix de vente garanti pour le DIN *****	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.
#LQ	Quantité restante : *****	1. La quantité inscrite dans le message permet de savoir le nombre de bandelettes restantes remboursables pour la personne assurée. Le nombre maximal de bandelettes est modulé en fonction du traitement antidiabétique en usage. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#LR	Durée restante : *** jrs	1. La durée inscrite dans le message permet de savoir que la durée de traitement restante est d'au moins 45 jours avant que la durée maximale de remboursement de 90 jours soit atteinte. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
LS	Durée de traitement admissible XXX jours	1. La durée de traitement 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. 2. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour certains médicaments prescrit par les podiatres (LISTEMED 93).
#		3. Pour une ordonnance d'un inhibiteur de la pompe à protons (classe AHFS 56:28.36) sans code justificatif, la durée de remboursement totale par période de 365 jours ne doit pas dépasser 90 jours. Ajuster la durée de traitement et la quantité payable en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute ordonnance avec une durée de traitement supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.
LT	Période permise dépassée NCE : *****	1. Les services liés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période 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. 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 ^{er} 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.
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	1. Les services liés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		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 ^{er} 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.
LV	Quantité maximum dépassée, payable : *** pour le DIN *****	1. La quantité 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.
#		2. La quantité de bandelettes remboursables par période de 365 jours est de 200, 400 ou 3 000 bandelettes. Le nombre maximal est modulé en fonction du traitement antidiabétique en usage. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre résiduel de bandelettes indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.
#		3. La quantité de bandelettes supplémentaires (code d'exception BE) et en dernier recours (code d'exception BD) remboursables est de 100. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre résiduel de bandelettes indiqué dans le message.
LY	Aucun méd. permis pour ce code de service	1. En présence des codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A, S, V, W et Z , aucun code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.
MC	Couvert par la SAAQ si blessure liée à l'accident	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.
MY	Déjà payé autre pharmacie NCE : *****	1. Le même médicament (même dénomination commune, forme et teneur) a déjà été payé pour la même journée à une autre pharmacie. 2. Si la justification fournie par la personne assurée pour un deuxième service 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> .

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"> - s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la quantité maximale journalière, inscrire le code d'intervention ou d'exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » « MQ ». <p>Voir section 2.3.4.22 <i>Dépassement de la quantité maximale journalière.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ». <p>Voir section 2.3.4.14 <i>Pilule du lendemain.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ». <p>Voir section 2.3.5.3 <i>Considération spéciale.</i></p> <p>NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.</p>
NH	Quantité en erreur format indivisible pour le DIN : *****	<p>1. Vérifier dans la <i>Liste des médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de format indivisible.</p> <p>Si oui, inscrire exactement la quantité 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 code de service est transmis en tout temps.</p>
NK	Service requiert un type de service	<p>1. Vérifier si le code de service correspond aux codes de service suivants : « J », « L », « M », « Q », « R », « T », « V » ou « W ».</p> <p>Si oui, le type de service 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"> - Code de service E correspond à une ordonnance de formule nutritive. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste des médicaments</i> ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation. - Code de service F correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la <i>Liste des médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>. - Code de service I correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHFS 68:20.08 de la <i>Liste des médicaments</i>. - Code de service 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. - Code de service R 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 section 3 de la <i>Liste des médicaments</i>. - Code de service Q 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. - Code de service K correspond à une ordonnance pour dilution ou dissolution avec un solvant. Si oui, présence d'un seul médicament actif réclamé avec un adjuvant. - Code de service H 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.
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<ul style="list-style-type: none"> - Code de service U 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. - Code de service T 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. - Code de service X correspond à une ordonnance de fourniture de chambre d'espacement. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste des médicaments</i>, à la section <i>Fournitures</i>, fournitures pour chambre d'espacement. - Code de service Y correspond à une ordonnance de fourniture de masque pour chambre d'espacement. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présent dans la <i>Liste des médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>, masque pour chambre d'espacement. - Code de service J correspond à une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes. Si oui, le ou les codes de produit (DIN) inscrits sur la demande de paiement doit correspondre à la méthadone (chlorhydrate de) ou à la buprénorphine/naloxone.
NN	Service et code d'intervention ** incompatibles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si le code de service est « 1 » ou « 3 ». Si oui, indiquer la raison du refus ou le type d'opinion pharmaceutique en utilisant un des codes d'intervention ou d'exception 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>. 2. Vérifier si le code de service est « 7 ». Si oui, inscrire le code d'intervention ou d'exception 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>. 3. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception est « MT ». Si oui, s'assurer que le code de service est « O ». Voir section 2.3.4.7 <i>Initiation d'une pharmacothérapie</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>4. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception est « PI ». Si oui, s'assurer que le code de service 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 code de service est « S ». Si oui, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception 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 code d'intervention approprié.</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 code de service est celui requis pour la rémunération mensuelle d'un pharmacien désigné. Si oui, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception 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 code de service 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 médicament 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 médicament 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 médicament 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>Remarque : 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 médicament 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>
S		
PC	Service non permis pour type de prescripteur	<p>1. La prestation des services reliés 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 médicament visé par les programmes « MTS (1K ou 1L) » ou « Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S) » inscrit à l'Annexe H ou à l'Annexe I du <i>Guide administratif - Liste des 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 code de produit (DIN), le format d'acquisition et la quantité du médicament.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
RM	Maximum quotidien dépassé NCE : *****	<ol style="list-style-type: none">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 : ***** , *****	<ol style="list-style-type: none">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.

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^e Diane Fortier

M^e Francine Lamy

M^e Joëlle L'Heureux

M^e Germain Jutras

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

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

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

7.08 Le conseil d'arbitrage a compétence pour maintenir, modifier, ou rescinder toute décision de la Régie et, s'il le juge à propos, il peut décréter toute compensation à être versée. Toutefois, le conseil d'arbitrage ne peut modifier les dispositions de la présente entente.

7.09 Le président rend seul les décisions préliminaires et la sentence arbitrale. La sentence arbitrale doit être écrite et motivée. Un assesseur peut y adjoindre ses commentaires.

7.10 Le conseil d'arbitrage peut rendre toute décision interlocutoire qu'il estime nécessaire à la sauvegarde des droits des parties. Notamment, si le pharmacien, seul ou par l'entremise de l'Association, conteste une demande de remboursement de la Régie et établit *prima facie* une apparence de droit, le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis de l'exécution.

7.11 Une sentence arbitrale est finale et lie les parties.

7.12 Les honoraires du président et les dépenses encourues par lui sont répartis en parts égales entre les parties.

La rémunération du greffier ainsi que les frais de sténographie ou d'enregistrement par bande magnétique sont assumés, s'il en est, par la Régie.

7.13 Le greffier du conseil d'arbitrage transmet toute sentence, sous pli recommandé, au Ministre, à l'Association et, le cas échéant, aux autres parties.

ARTICLE 8 LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE

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

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

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

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

AVIS : Consulter la rubrique [Mention « ne pas substituer »](#) pour plus d'information sur les règles de remboursement quant aux recours à la mention « ne pas substituer » et l'utilisation des codes justificatifs.

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.

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 \$).

AVIS : *Annonce de l'accord qui vient mettre fin aux prélèvements périodiques le 12 avril 2017.*

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^{er} al., par. i) adopté en vertu de la Loi sur la pharmacie ou d'une modification au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, a. 19, 1^{er} al., par. B) adopté en vertu de la Loi médicale, ou d'une modification aux principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons de l'Institut 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

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 »	1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance			
	a) 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	
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.			
« 0 »	b) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en a) et e)			
	- 48 500 ordonnances et moins	8,96		
	- plus de 48 500 ordonnances	8,37		
	- 48 500 ordonnances et moins		8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances		8,37	
	c) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en a) et d)			
	- 48 500 ordonnances et moins	9,34		
	- plus de 48 500 ordonnances	8,74		
	- 48 500 ordonnances et moins		9,34	
	- plus de 48 500 ordonnances		8,74	
		<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet Communication interactive.		
	« 6 »	d) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25		
- 48 500 ordonnances et moins			4,67	
- plus de 48 500 ordonnances			4,37	
e) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25				
- 48 500 ordonnances et moins			4,48	
- plus de 48 500 ordonnances			4,19	
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.			

Code de service		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
# « G »	f) Ordonnance servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24 (le tarif est payable par période de 7 jours, en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 1B de l'annexe III)	8,96	8,96
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 26,88 \$)	(2,24)	
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,11 \$)	(2,09)	
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 26,88 \$)		(2,24)
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,11 \$)		(2,09)
« E »	2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
	- 48 500 ordonnances et moins	6,93	
	- plus de 48 500 ordonnances	5,97	
	- 48 500 ordonnances et moins		6,93
	- plus de 48 500 ordonnances		5,97
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.35 sous l'onglet Communication interactive.		
« 1 »	3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	8,96	8,96
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet Communication interactive.		
	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 »	4) Opinion pharmaceutique	19,79	19,79
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.		
	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		

Code de service	Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
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 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		

Code de service		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
« 3 »	5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII	19,79	19,79
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.			
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 »	6) Transmission d'un profil	8,96	8,96
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet Communication interactive.			
« J »	7) 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.

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
Code de service			
« R »	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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet Communication interactive.		
<hr/>			
FABRICATION DE CAPSULES PLACEBO NORME AGRÉÉE PAR L'A.Q.P.P.			
# « B »	16) 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
	<u>AVIS :</u> 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.		
<hr/>			
# « H »	17) 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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.12 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
# « I »	18) 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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		

		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
Code de service			
# « U »	19) Préparation de capsules		
	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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
# « X »	20) Fourniture de chambre d'espaceur		
	- 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'espaceur.		
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
# « 5 »	21) Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
	Nombre de services multiplié par :	1,13	1,13
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet Communication interactive.		
# « V »	22) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures		16,00
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.39 sous l'onglet Communication interactive.		
# « K »	23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
	- 48 500 ordonnances et moins	8,96	
	- plus de 48 500 ordonnances	8,37	
	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
	- plus de 48 500 ordonnances		8,37
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet Communication interactive.		
# « Q »	24) Mise en seringue de chlorure de sodium		
	première unité	5,60	5,60
	unités suivantes	2,81	2,81
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.26 sous l'onglet Communication interactive.		
# « V »	25) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis		16,00
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.39 sous l'onglet Communication interactive.		

		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
Code de service			
# « W »	26) Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique))		
	- rencontre initiale		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
#	27) 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
#	28) 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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.40 sous l'onglet Communication interactive.		
# « Z »	29) Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation		
	- tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée		12,50
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.41 sous l'onglet Communication interactive.		

7.2 CODES DE SERVICE ADMINISTRATIFS

Code de service		Tarifs au 2014/04/01	Tarifs au 2015/06/20
<i>TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES</i>			
« 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	18,02	18,02
	<u>AVIS :</u> 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
	<u>AVIS :</u> 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
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet Communication interactive.		

S

