



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 38

JUILLET 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
Page : [12](#)
- Modification des tarifs au 1^{er} juillet 2017
Page : [13](#)

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 086 / 2017-06-27*

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 

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 : 88,83 \$)

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 19,45 \$ et coassurance de 34,8 %) à partir du coût de traitement de chaque période :

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 \$	19,45 \$	11,21 \$	30,66 \$
#	Mars	51,67 \$	19,45 \$	11,21 \$	30,66 \$
#	Avril	46,66 \$	19,45 \$	9,47 \$	28,92 \$
#		Contribution totale à percevoir			90,24 \$

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 01/07/2017)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2017)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2017)	Prime¹ à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2017)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans ²	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (détenteurs d'un carnet de réclamation) ³	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG ⁴ au taux de 94 à 100 %	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG ⁴ au taux de 1 à 93 %	19,45 \$	34,8 %	52,65 \$ / mois 632 \$ / année	0 à 667 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG ⁴	19,45 \$	34,8 %	88,83 \$ / mois 1 066 \$ / année	0 à 667 \$ par personne
Adhérents adultes	19,45 \$	34,8 %	88,83 \$ / mois 1 066 \$ / année	0 à 667 \$ 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 Délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

4 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