



# PHARMACIENS

---

MANUEL

---



# Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 PERSONNES ASSURÉES .....	5
1.1 Carte d'assurance maladie, carnet de réclamation et preuve temporaire d'admissibilité 6	
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie .....	6
1.1.2 Description du carnet de réclamation.....	10
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.....	11
1.2 Catégories de personnes assurées .....	12
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ.....	12
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS.....	14
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimio prophylaxie et le traitement de la tuberculose.....	14
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés ..	14
1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.....	14
1.2.6 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.....	15
1.2.7 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile .....	15
1.2.8 Bénéficiaires du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures .....	15
1.2.9 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) .....	16
1.3 Identification de la personne assurée .....	16
1.3.1 Prestataires d'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation.....	16
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments .....	19
1.4 Contribution à payer par la personne assurée .....	20
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée .....	21
1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région .....	23
2 COMMUNICATION INTERACTIVE.....	33
2.1 Assistance aux pharmaciens.....	33
2.2 Vue d'ensemble de la communication interactive.....	35
2.2.1 Étapes.....	35
2.2.2 Transactions offertes .....	36
2.3 Transaction de demande de paiement du pharmacien.....	37
2.3.1 Introduction .....	37
2.3.2 Délai de facturation.....	37
2.3.3 Données de facturation – cas régulier .....	37
2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers .....	47

2.3.5	Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ .....	78
2.3.6	Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments.....	79
2.3.7	Réponse à une transaction de demande de paiement .....	92
2.4	Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien .....	93
2.5	Transaction de sommaire journalier.....	95
2.6	Transaction de détail journalier .....	95
2.7	Reçu de la personne assurée .....	96
2.8	Codes, messages d'erreur et mesures à prendre .....	98
3	DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	129
3.1	Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien .....	129
3.1.1	Généralités.....	129
3.1.2	Formulaire Demande de remboursement à la personne assurée (3621).....	131
4	PAIEMENT.....	133
4.1	Mode de paiement.....	133
4.2	Délai de paiement .....	133
4.3	État de compte.....	134
4.3.1	Description .....	135
4.3.2	Vérification des paiements.....	136
4.3.3	Règlement des demandes de paiement .....	136
4.3.4	Codes de transaction.....	137
5	ENTENTE.....	138
5.1	Entente.....	138
5.1.1	ANNEXE I – LISTE DES MÉDECINS.....	145
5.1.2	ANNEXE II - RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF .....	146
5.1.3	ANNEXE III – TARIF .....	168
5.1.4	ANNEXE IV – FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT .....	168
5.1.5	ANNEXE V – FORMULE DE DIFFÉREND .....	169
5.1.6	ANNEXE VI – PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE .....	170
5.1.7	ANNEXE VII – LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE .....	171
5.2	Lettre d'entente n° 1.....	173
5.3	Lettre d'entente n° 2.....	174
5.4	Lettre d'entente n° 3.....	175
5.5	Lettre d'entente n° 4.....	176
5.6	Lettre d'entente n° 5.....	177
5.7	Lettre d'entente n° 6.....	178
6	AUTRES PROGRAMMES.....	181
6.1	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS.....	181
6.2	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la tuberculose.....	184
6.3	Mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments .....	187

6.4	Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement.....	190
6.5	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence .....	192
6.6	Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile .....	194
6.7	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie .....	198
6.8	Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures .....	201
7	TARIF .....	203
7.1	Tarifs établis dans l'annexe III de l'Entente .....	203
7.2	Codes de services administratifs .....	214

## Introduction

Le *Manuel des pharmaciens* vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'Entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Il traite aussi de l'admissibilité des personnes, des modalités de la communication interactive, de la demande de remboursement à la personne assurée, des renseignements relatifs au paiement et des services professionnels et pharmaceutiques.

Le service professionnel signifie le service inscrit à l'onglet *Tarif* de l'Entente. Pour ce qui est du service pharmaceutique, il signifie le service professionnel auquel s'ajoutent le médicament ou la fourniture, le cas échéant.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime public d'assurance médicaments, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la *Gazette officielle du Québec* ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de page sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

### Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la RAMQ vous recommande de consulter son site Web**, section [Professionnels](#), pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour du manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et plus encore.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RAMQ** (Centre de support aux pharmaciens), veuillez consulter les coordonnées **à la page suivante**.

## Communication avec la RAMQ

**Par le site Web :**

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

**Par téléphone :**

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

**Par télécopieur :**

- Québec : 418 528-5655
- Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 500, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7B4

## Vous avez des questions?

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

Questions	Endroits où vous référer
<b>2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)</b>	
<b>Médicaments ou patient d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours</b> <ul style="list-style-type: none"><li>pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la mesure du patient d'exception ou à un prestataire d'une aide financière de dernier recours.</li></ul>	
<b>Message d'erreur</b> <ul style="list-style-type: none"><li>pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la RAMQ.</li></ul>	
<b>Numéro d'assurance maladie (NAM)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>pour obtenir le NAM d'une personne assurée qui n'a pas sa carte en sa possession, s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans.</li></ul>	
<b>3. Renseignements généraux</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Demande d'état de compte.</li><li>Demande de remplacement de chèque.</li><li>Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la RAMQ.</li></ul>	Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens  <b>Par téléphone :</b> Québec : 418 643-9025  <b>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427</b>
<b>4. Consultation ou transmission de document</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens.</li></ul>	<b>Numéros du télécopieur :</b> Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418  <b>Adresse du courrier électronique :</b> services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
<ul style="list-style-type: none"><li>Consultation dans le Web des publications et des infolettres de la RAMQ.</li></ul>	<b>Adresse Web :</b> <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a>

# 1 PERSONNES ASSURÉES

Pour savoir s'il peut facturer le coût d'une ordonnance à la RAMQ 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 RAMQ ne paie pas le coût de l'ordonnance.

**Si non**, passer au point 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 d'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 RAMQ;
  - non valide : la RAMQ ne paie pas le coût de l'ordonnance.
- **Si non**, remplir une demande de paiement et la transmettre en mode interactif à la RAMQ.

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

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

**Si oui**, la RAMQ ne paie pas le coût de l'ordonnance.

**Si non**, passer au point D.

**D. Le client est-il inscrit à la RAMQ?**

**Si oui**, remplir une demande de paiement et transmettre en mode interactif à la RAMQ.

**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 RAMQ, toute personne admissible au régime public d'assurance médicaments du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie et/ou un carnet de réclamation **valide** 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 séquentiel de la carte;
4. Date d'expiration de la carte;
5. Date de naissance et le sexe;
6. Photographie et signature;
7. Hologramme et code à barres.

### 1.1.1.1 Modèles de carte

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services couverts.

#### Avec photo et signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



#### Verso avec code à barres

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



La carte avec photo et signature est délivrée à la plupart des personnes assurées.

### Sans photo et sans signature

Un seul modèle de carte est délivré à partir du 24 janvier 2018 pour la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement;
- Elle est exemptée de l'obligation de fournir sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Cartes émises jusqu'au 23 janvier 2018



### Sans photo, avec signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



Cette carte porte la mention « Valide sans photo » ou « Exempté » dans l'espace prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo.

### Avec photo, sans signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



Cette carte porte la mention « Valide sans signature » ou « Exempté » dans l'espace prévu pour la signature. La photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature.

## 1.1.2 Description du carnet de réclamation

The image shows a 'Carnet de réclamation' form with the following elements:

- Left Section (Volet de gauche):**
  - 1. Numéro de dossier (12 caractères)
  - 2. Nom du ou de la prestataire
  - 4. Message
  - 3. Validité: Du ( ) Au ( )
  - 6. Si non, chez le pharmacien désigné ci-dessous.
- Right Section (Volet de droite):**
  - 7. Soins dentaires couverts
  - 8. Référence
  - 9. Enfants à charge
  - 10. Numéro de carnet (with signature)
- Other elements:**
  - Vertical bar on the right: A-00000000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, SF-0000-01-5207
  - Large red watermark: Spécimen
  - Text at the bottom: Ce carnet de réclamation doit être signé et conservé par le ou la prestataire.

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

### A. Volet de gauche :

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

### B. Volet de droite :

- Numéro d'assurance maladie du prestataire et du conjoint, s'il y a lieu;
- Numéro d'assurance maladie des enfants à charge, s'il y a lieu;
- Signature obligatoire du prestataire.

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

**Emploi Québec** **Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments**

A faire	Année	Mois	Jour	Numéro du CLE	Numéro du dossier	Année	Mois	Jour
ASME								
Remplie le		Numéro du dossier			Date d'admissibilité (Voir note ci-dessous)			

1. Nom et adresse de la personne visée

2. Remplie le

3. Numéro du CLE

4. Numéro du dossier

5. Date d'admissibilité (Voir note ci-dessous)

6. Numéro d'assurance maladie de la personne visée

7. La personne visée est-elle un enfant à charge?  
 Oui  Non

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

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

8. Date

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

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale  
SR-0102 (06-2007)

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

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

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

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

## 1.2 Catégories de personnes assurées

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

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

- toute personne âgée de 65 ans ou plus qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel;
- toute personne ou toute famille qui reçoit des prestations d'aide financière de dernier recours et qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de 60 ans et de moins de 65 ans qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de moins de 65 ans qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective de base ou un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou qui n'est pas bénéficiaire des garanties prévues par un tel régime;
- toute personne âgée de moins de 18 ans domiciliée chez une personne admissible qui exerce envers elle l'autorité parentale;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, sans conjoint, étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, atteinte d'une déficience décrite à l'article 11.1 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (RLRQ, c. A-29.01, r.4), étudiant à temps partiel dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle décrite à l'article 5 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (RLRQ, c. A-29.01, r.4), ne recevant aucune aide financière de dernier recours, domiciliée chez une personne admissible qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

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

Le prestataire d'une aide financière de dernier recours prévue à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles et sa famille sont admissibles au régime public d'assurance médicaments et couverts par la RAMQ si le prestataire détient un **carnet de réclamation valide** à la date de service.

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

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

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

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

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

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

La date à partir de laquelle l'ordonnance 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**

**AVIS : Cette section est suspendue.**

#### **1.2.1.2 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 RAMQ. Puisque l'inscription est automatique pour une personne de plus de 65 ans au régime public, une demande de désinscription doit être complétée par celle-ci.

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

Pour les personnes résidentes au Québec et les personnes âgées de moins de 65 ans non tenues 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.

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

Afin de rembourser une personne assurée qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, la Régie recommande d'utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP).

Pour qu'une personne assurée puisse être remboursée pour des services couverts qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut remplir le formulaire [Demande de remboursement \(médicaments et services pharmaceutiques\)](#) (3621). Une nouvelle version de ce formulaire est désormais disponible en version dynamique sur le site Web de la Régie (voir l'infolettre 360 du 25 janvier 2019).

### 1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

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 et par le sang.

**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 RAMQ 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

Toute femme résidante 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* à la contraception orale d'urgence.

**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

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

## 1.2.7 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile

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, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

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

## 1.2.8 Bénéficiaires du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du Programme doit résider au Québec, ou y séjourner, et être dûment inscrite à la RAMQ. Lors de la facturation, le pharmacien doit vérifier l'identité de la personne avec une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Dans certaines circonstances particulières, si aucune de ces pièces ne peut être présentée, le pharmacien doit saisir certains renseignements sur la personne afin que la facturation soit acceptée. Les nom, prénom, date de naissance et sexe ainsi que le nouveau code d'intervention ou d'exception MK pour une situation particulière doivent être transmis à la RAMQ par le système de communication interactive en pharmacie (CIP).

Les circonstances particulières pour lesquelles le code d'intervention ou d'exception MK peut être utilisé sont les suivantes :

- la personne était dans un état requérant des soins urgents;
- il s'agit d'une personne mineure de 14 ans ou plus qui reçoit des services assurés auxquelles elle consent seule, conformément aux dispositions du Code civil;
- la personne est un sans-abri;
- la personne est un citoyen d'une autre province canadienne ou d'un territoire, un ressortissant étranger, un touriste, un visiteur ou est de passage au Québec pour se rendre dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport.

**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.

### 1.2.9 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)

Ce programme a été mis sur pied afin de rendre accessible gratuitement les médicaments nécessaires pour une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse aux femmes qui désirent mettre fin à une grossesse de 9 semaines et moins à la suite d'une consultation auprès d'un médecin.

Le Programme s'adresse à toute personne qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui détient une ordonnance d'un médecin ou d'un résident en médecine en vue de l'interruption médicamenteuse d'une grossesse intra-utérine.

Une personne âgée d'au moins quatorze (14) ans, mais de moins de dix-huit (18) ans qui consent seule aux services assurés par le Programme, conformément aux dispositions du Code civil, peut bénéficier du programme même si elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide.

Toute personne de dix-huit (18) ans et plus qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer la prestation; par la suite, elle peut demander le remboursement à la Régie.

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.6.3 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 RAMQ 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.

### 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 RAMQ. Pour ce faire, se reporter au début de la section 1.

**c) Le carnet de réclamation comporte la mention « Carte assurance 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 *Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle* 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 *Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle* 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 *Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)* 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 RAMQ 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 RAMQ 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. Afin de rembourser une personne assurée qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP). Pour qu'une personne assurée puisse être remboursée pour des services couverts qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut également remplir le formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621) (voir l'infolettre 360 du 25 janvier 2019).

### 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 (médicaments et services pharmaceutiques) (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. Afin de rembourser une personne assurée qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP). Pour qu'une personne assurée puisse être remboursée pour des services couverts qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut également remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621)* (voir l'infolettre 360 du 25 janvier 2019).

#### 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 RAMQ pour être couverte. Afin de rembourser une personne assurée qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP). Pour qu'une personne assurée puisse être remboursée pour des services couverts qu'elle a payés en pharmacie, le pharmacien peut également remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621)* (voir l'infolettre 360 du 25 janvier 2019).

Toutefois, si la personne s'inscrit à la RAMQ, 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 :

le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an **Valeur**  
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 RAMQ** 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 RAMQ 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 RAMQ, s'il y a lieu. Ce dernier remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la RAMQ (voir la section 3.1 *Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien* 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.
- 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 RAMQ 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 : 93,08 \$)

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

Coût total de l'ordonnance : 150,00 \$ (coût du médicament + frais de 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 divisés par 31 = 2 périodes de 31 jours et une de 28 jours

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

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

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

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

Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
Février	51,67 \$	21,75 \$	11,07 \$	32,82 \$
Mars	51,67 \$	21,75 \$	11,07 \$	32,82 \$
Avril	46,66 \$	21,75 \$	9,22 \$	30,97 \$
<b>Contribution totale à percevoir</b>				<b>96,61 \$</b>

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

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

Par contre, s'il s'agit d'un multiple de formats, la RAMQ 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 Budésonide vaporisateur permettant de couvrir 82 jours de traitement, la RAMQ calculera une première contribution pour le 1<sup>er</sup> format et une deuxième contribution qui s'appliquerait 41 jours plus tard pour le 2<sup>e</sup> format.

**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 01/07/2019)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2019)	Coassurance maximale (à partir du 01/07/2019)	Prime <sup>1</sup> à verser à Revenu Québec (01/07/2019)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans <sup>2</sup>	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (détenteurs d'un carnet de réclamation) <sup>3</sup>	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG <sup>4</sup> au taux de 94 à 100 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG <sup>4</sup> au taux de 1 à 93 %	21,75 \$	37 %	54,08 \$ / mois 649 \$ / année	0 à 636 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG <sup>4</sup>	21,75 \$	37 %	93,08 \$ / mois 1 117 \$ / année	0 à 636 \$ par personne
Adhérents adultes	21,75 \$	37 %	93,08 \$ / mois 1 117 \$ / année	0 à 636 \$ par personne

<sup>1</sup> Le montant de la prime à payer est établi en fonction du revenu de la personne assurée.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

<sup>4</sup> SRG : Supplément de revenu garanti.

## 1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région

### Sommaire

N° de la région	Page
01. Bas-Saint-Laurent.....	24
02. Saguenay–Lac-Saint-Jean .....	24
03. Capitale-Nationale .....	24
04. Mauricie.....	25
05. Estrie.....	25
06. Montréal .....	26
07. Outaouais .....	27
08. Abitibi-Témiscamingue.....	27
09. Côte-Nord .....	28
10. Nord-du-Québec .....	28
11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.....	28
12. Chaudière-Appalaches.....	29
13. Laval.....	29
14. Lanaudière.....	30
15. Laurentides.....	30
16. Montérégie .....	30
17. Centre-du-Québec .....	31

## 01. RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT

### Direction régionale

#### Bas-Saint-Laurent

287, rue Pierre-Saindon, bureau 103  
Rimouski (Québec) G5L 9A7

Tél. : 418 723-5677 ou 1 866 943-7783

### Centres locaux

#### Amqui

49, boulevard Saint-Benoît Est  
Amqui (Québec) G5J 2B8

Tél. : 418 629-2225 ou 1 844 674-6208

#### La Pocatière

161, route 230 Ouest, / 600  
La Pocatière (Québec) G0R 1Z0

Tél. : 418 856-2752 ou 1 800 567-3036

#### Matane

750, avenue du Phare Ouest, bureau 205  
Matane (Québec) G4W 3W8

Tél. : 418 562-0893

#### Mont-Joli

42, rue Doucet, 1<sup>er</sup> étage  
Mont-Joli (Québec) G5H 1R4

Tél. : 418 775-7246 ou 1 855 650-5915

#### Rimouski-Neigette

337, rue Moreault, 1<sup>er</sup> étage  
Rimouski (Québec) G5L 1P4

Tél. : 418 727-3661 ou 1 800 463-0728

#### Rivière-du-Loup

385A, rue Lafontaine  
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3B5

Tél. : 418 862-7236 ou 1 800 567-1709

#### Témiscouata

4, rue de la Gare  
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1E0

Tél. : 418 854-2544 ou 1 800 463-4709

#### Trois-Pistoles

634, rue Richard  
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0

Tél. : 418 851-1432 (frais virés acceptés)

## 02. RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

### Direction régionale

Saguenay-Lac-Saint-Jean  
210, rue des Oblats Ouest  
Chicoutimi (Québec) G7J 2B1

Tél. : 418 549-0595 ou 1 800 463-9641

### Centres locaux

#### Alma

725, rue Harvey Ouest, 2<sup>e</sup> étage  
Alma (Québec) G8B 1P5

Tél. : 418 668-5281 ou 1 800 668-5281

#### Chicoutimi

237, rue Riverin  
Chicoutimi (Québec) G7H 7W7

Tél. : 418 698-3592 ou 1 800 267-3592

#### Dolbeau-Mistassini

1500, rue des Érables  
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2W7

Tél. : 418 276-3560 ou 1 800 268-3560

#### Jonquière

3885, boulevard Harvey  
Place Saint-Michel, 3<sup>e</sup> étage  
Jonquière (Québec) G7X 9B1

Tél. : 418 695-7898 ou 1 800 567-9262

#### La Baie

782, rue Victoria  
La Baie (Québec) G7B 3M7

Tél. : 418 544-3378

#### Roberval

755, boulevard Saint-Joseph, 1<sup>er</sup> étage  
Bureau 213  
Roberval (Québec) G8H 2L4

Tél. : 418 275-5442 ou 1 800 567-7493

## 03. RÉGION CAPITALE-NATIONALE

### Direction régionale

#### Capitale-Nationale

2500, boulevard Montmorency, bureau 301  
Québec (Québec) G1J 5C7

Tél. : 418 643-6875 ou 1 800 463-5947

#### Centre locaux

##### Baie-Saint-Paul

915, boulevard Monseigneur-de-Laval  
Baie-Saint-Paul (Québec) G3Z 1A2

Tél. : 418 435-5590

##### Beauport

773, avenue Royale, 1<sup>er</sup> étage  
Québec (Québec) G1E 1Z1

Tél. : 418 646-3350 ou 1 800 839-7876

##### Charlesbourg

8000, boulevard Henri-Bourassa, 2<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1G 4C7

Tél. : 418 644-1266

##### Côte-de-Beaupré

9104, boulevard Sainte-Anne  
Sainte-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0

Tél. : 418 827-6730

##### Des Quartiers-Historiques

400, boulevard Jean-Lesage, hall ouest  
Bureau 40  
Québec (Québec) G1K 8W1

Tél. : 418 643-3300

##### La Malbaie

21, rue Patrick-Morgan  
C. P. 338  
La Malbaie (Québec) G5A 1T8

Tél. : 418 665-4491 ou 1 800 567-8004

##### Portneuf

100, Route 138, bureau 220  
Donnacona (Québec) G3M 1B6

Tél. : 418 285-2622 ou 1 800 463-3886

##### Sainte-Foy

1020, route de l'Église, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5A7

Tél. : 418 646-8066

#### 04. RÉGION DE LA MAURICIE

##### Direction régionale

##### Mauricie

225, rue des Forges, bureau 350  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5Z5

Tél. : 819 371-4945 ou 1 800 567-7959

#### Centres locaux

##### Grand-Mère

401, 5<sup>e</sup> Avenue, 1<sup>er</sup> étage, bureau 10  
Grand-Mère (Québec) G9T 2M3

Tél. : 819 538-0762 ou 1 800 263-9829

##### La Tuque

655, rue Desbiens  
La Tuque (Québec) G9X 2K2

Tél. : 819 523-9541 ou 1 800 567-4449

##### Louiseville

511, rue Marcel  
Louiseville (Québec) J5V 1N1

Tél. : 819 228-9465 ou 1 800 567-7635

##### Sainte-Geneviève-de-Batiscan

213, rue de l'Église  
Sainte-Geneviève-de-Batiscan (Québec)  
G0X 2R0

Tél. : 418 362-2850 ou 1 877 833-3224

##### Sainte-Thècle

301, rue Saint-Jacques, bureau 101  
Sainte-Thècle (Québec) G0X 3G0

Tél. : 418 289-2405 ou 1 877 314-8152

##### Shawinigan

212, 6<sup>e</sup> Rue de la Pointe, bureau 1.17  
Shawinigan (Québec) G9N 8M5

Tél. : 819 536-2601 ou 1 800 663-3059

##### Trois-Rivières

225, rue des Forges, bureau 300  
Trois-Rivières (Québec) G9A 6N4

Tél. : 819 371-6880 ou 1 800 668-6538

#### 05. RÉGION DE L'ESTRIE

##### Direction régionale

##### Estrie

70, rue King Ouest, bureau 400  
Sherbrooke (Québec) J1H 0G6

Tél. : 819 569-9761 ou 1 866 283-1114

#### Centres locaux

##### Asbestos

597, boulevard Simoneau  
Asbestos (Québec) J1T 4G7

Tél. : 819 879-7141 ou 1 800 205-7141

**Coaticook**

29, rue Main Est, bureau 201  
Coaticook (Québec) J1A 1N1

Tél. : 819 849-7080 ou 1 877 324-4056

**East Angus**

120, rue Angus Nord  
East Angus (Québec) J0B 1R0

Tél. : 819 832-2403 ou 1 800 363-1539

**Lac-Mégantic**

5400, rue Papineau, Complexe C  
Lac-Mégantic (Québec) G6B 0B9

Tél. : 819 583-1500 ou 1 800 567-0632

**Magog**

1700, rue Sherbrooke, bureau 100  
Magog (Québec) J1X 5B4

Tél. : 819 843-6588 ou 1 800 363-4531

**Sherbrooke**

70, rue King Ouest, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1H 0G6

Tél. : 819 820-3411 ou 1 800 268-3411

**Windsor**

5, rue des Sources, bureau 110  
Windsor (Québec) J1S 2X3

Tél. : 819 845-2717 ou 1 800 563-9127

**06. RÉGION DE MONTRÉAL**

**Direction régionale**

**Montréal**

276, rue Saint-Jacques O, Mezzanine  
Montréal (Québec) H2Y 1N3

Tél. : 514 725-5221

**Centres locaux**

Ahuntsic  
10520, boulevard de l'Acadie  
Montréal (Québec) H4N 1L9

Tél. : 514 872-4949

**Côte-des-Neiges**

6655, chemin de la Côte-des-Neiges,  
3<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3S 2B4

Tél. : 514 872-6530

**Hochelaga-Maisonneuve**

4427, rue De Rouen  
Montréal (Québec) H1V 1H1

Tél. : 514 872-3100

**LaSalle**

2212, avenue Dollard, 2<sup>e</sup> étage  
LaSalle (Québec) H8N 1S6

Tél. : 514 365-4543

**Mercier**

6690, rue Sherbrooke Est, bureau 200  
Montréal (Québec) H1N 3W3

Tél. : 514 872-4747

**Montréal-Nord**

5872, boulevard Léger, bureau 200  
Montréal-Nord (Québec) H1G 6N5

Tél. : 514 321-5665

**Ouest-de-l'Île**

1000, boulevard Saint-Jean, 4<sup>e</sup> étage  
Pointe-Claire (Québec) H9R 5Y8

Tél. : 514 694-9494

**Parc-Extension**

7077, avenue du Parc, bureau 101  
Montréal (Québec) H3N 1X7

Tél. : 514 872-3188

**Plateau Mont-Royal**

5105, avenue de Gaspé, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H2T 0A1

Tél. : 514 872-4922

**Pointe Saint-Charles**

2175, rue Saint-Patrick, bureau 300  
Montréal (Québec) H3K 1B4

Tél. : 514 872-6426

**Rosemont-Petite-Patrie**

5656, rue d'Iberville, Rez-de-chaussée  
Montréal (Québec) H2G 2B3

Tél. : 514 872-6550

**Saint-Laurent**

6900, boulevard Décarie, bureau 3700  
Côte-Saint-Luc (Québec) H3X 2T8

Tél. : 514 345-0131

**Saint-Léonard**

8257, boulevard Langelier  
Saint-Léonard (Québec) H1P 2B7

Tél. : 514 864-6161

**Sainte-Marie-Centre-Sud**

1260, rue Sainte-Catherine Est, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H2L 2H2

Tél. : 514 872-2326

**Saint-Michel**

3750, boulevard Crémazie Est, 2<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H2A 1B6

Tél. : 514 872-5050

**Verdun**

1055, rue Galt, RC  
Verdun (Québec) H4G 2R1

Tél. : 514 864-6646

**07. RÉGION DE L'OUTAOUAIS**

**Direction régionale**

**Outaouais**

16, Impasse de la Gare-Talon, bureau 3.100  
Gatineau (Québec) J8T 0B1

Tél. : 819 246-2494 ou 1 888 772-3694

**Centres locaux**

**Aylmer**

420, boulevard Wilfrid-Lavigne, bureau 10  
Gatineau (Québec) J9H 6W7

Tél. : 819 682-0362 ou 1 800 567-9678

**Buckingham**

154, rue Maclaren Est  
Gatineau (Québec) J8L 1K4

Tél. : 819 986-8596 ou 1 800 567-9694

**Campbell's Bay**

1290, route 148  
Campbell's Bay (Québec) J0X 1K0

Tél. : 819 648-2132 ou 1 800 567-9685

**Gatineau**

456, boulevard de l'Hôpital, bureau 300  
Gatineau (Québec) J8T 8P1

Tél. : 819 568-6500 ou 1 866 349-2758

**Hull**

170, rue de l'Hôtel-de-Ville  
Jos-Montferrand, 9<sup>e</sup> étage  
Gatineau (Québec) J8X 4C2

Tél. : 819 772-3502 ou 1 866 349-2758

**Maniwaki**

100, rue Principale Sud, bureau 240  
Maniwaki (Québec) J9E 3L4

Tél. : 819 449-4284 ou 1 800 567-9209

**Papineauville**

365, rue Papineau  
Papineauville (Québec) J0V 1R0

Tél. : 819 427-6878 ou 1 877 639-0739

**08. RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

**Direction régionale**

**Abitibi-Témiscamingue**

180, boulevard Rideau, RC, bureau 01  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 1N9

Tél. : 819 763-3226 ou 1 877 253-4001

**Centres locaux**

**Amos**

262, 1<sup>re</sup> Avenue Est  
Amos (Québec) J9T 1H3

Tél. : 819 444-5287 ou 1 800 567-6507

**La Sarre**

655, 2<sup>e</sup> Rue Est  
La Sarre (Québec) J9Z 2Y9

Tél. : 819 339-7901

**Rouyn-Noranda**

189, rue Murdoch, 1<sup>er</sup> étage  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 1E3

Tél. : 819 763-3583 ou 1 800 263-9583

**Senneterre**

481, 7<sup>e</sup> Avenue Ouest  
Senneterre (Québec) J0Y 2M0

Tél. : 819 737-2258 ou 1 800 363-2258

**Val-d'Or**

186, avenue Perrault  
Val-d'Or (Québec) J9P 2H5

Tél. : 819 354-4842 ou 1 877 229-0538

**Ville-Marie**

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

**09. RÉGION DE LA CÔTE-NORD**

**Direction régionale**

**Côte-Nord**

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

**Centres locaux**

**Baie-Comeau**

625, boulevard Laflèche, bureau 1.810  
Baie-Comeau (Québec) G5C 1C5  
Tél. : 418 589-3719 ou 1 800 463-8542

**Forestville**

134, route 138 Est  
Forestville (Québec) G0T 1E0  
Tél. : 418 587-6611 ou 1 800 463-0738

**Havre-Saint-Pierre**

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

**Les Escoumins**

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

**Port-Cartier**

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

**Sept-Îles**

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

**10. RÉGION NORD-DU-QUÉBEC**

**Direction régionale**

**Nord-du-Québec**

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

**Centres locaux**

**Baie-James**

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

**Chisasibi**

15, Maamuu Road  
Chisasibi (Québec) J0M 1E0  
Tél. : 418 748-7643 ou 1 866 722-7354

**Inukjuak**

C. P. 281  
Inukjuak (Québec) J0M 1M0  
Tél. : 819 254-8760

**Kuujuaq**

732, rue Siuralikuuk  
C. P. 300  
Kuujuaq (Québec) J0M 1C0  
Tél. : 819 964-2909

**11. RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE**

**Direction régionale**

**Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

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

**Centres locaux**

**Avignon**

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

**Bonaventure**

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

**Côte-de-Gaspé**

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

**Haute-Gaspésie**

39, boulevard Sainte-Anne Ouest  
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1R2

Tél. : 418 763-3391 ou 1 800 663-3595

**Îles-de-la-Madeleine**

120, chemin de Gros-Cap  
Cap-aux-Meules (Québec) G4T 1K8

Tél. : 418 986-4411 ou 1 855 272-3580

**Rocher-Percé**

101, rue Commerciale Ouest  
Chandler (Québec) G0C 1K0

Tél. : 418 689-2201

**12. RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES**

**Direction régionale**

**Chaudière-Appalaches**

5130, boulevard Guillaume-Couture  
Bureau 300  
Lévis (Québec) G6V 9L3

Tél. : 418 838-2605 ou 1 800 463-5907

**Centres locaux**

**Lac-Etchemin**

1554, route 277, bureau 1  
Lac-Etchemin (Québec) G0R 1S0

Tél. : 418 625-6801 ou 1 866 825-2640

**L'Islet**

319, boulevard Nilus-Leclerc, bureau 5  
C. P. 247  
L'Islet (Québec) G0R 2C0

Tél. : 418 247-3954 ou 1 800 663-2226

**Littoral**

1205, boulevard Guillaume-Couture  
Bureau 300  
Lévis (Québec) G6W 0K9

Tél. : 418 835-1500 ou 1 800 561-4380

**Montmagny**

116, rue Saint-Jean-Baptiste Ouest, bureau A  
Montmagny (Québec) G5V 3B9

Tél. : 418 248-0163 ou 1 800 663-2106

**Sainte-Croix**

6375, rue Garneau, bureau 101  
Sainte-Croix (Québec) G0S 2H0

Tél. : 418 926-3580 ou 1 800 663-2127

**Saint-Georges**

11400, 1<sup>re</sup> Avenue Est, bureau 30  
Saint-Georges (Québec) G5Y 5S4

Tél. : 418 228-9711 ou 1 800 463-3024

**Saint-Joseph-de-Beauce**

1115, avenue du Palais  
Saint-Joseph (Québec) G0S 2V0

Tél. : 418 397-4391 ou 1 800 663-0223

**Saint-Lazare**

100-C, rue Monseigneur-Bilodeau  
Saint-Lazare (Québec) G0R 3J0

Tél. : 418 883-3307 ou 1 800 663-0351

**Sainte-Marie**

1037, boulevard Vachon Nord  
Sainte-Marie (Québec) G6E 1M4

Tél. : 418 386-8784 ou 1 877 322-6585

**Thetford Mines**

693, rue Saint-Alphonse Nord  
Thetford Mines (Québec) G6G 3X3

Tél. : 418 334-2500 ou 1 800 567-5592

**13. RÉGION DE LAVAL**

**Direction régionale**

**Laval**

1041, boulevard des Laurentides,  
bureau 203  
Laval (Québec) H7G 2W2

Tél. : 450 972-3133

**Centres locaux**

**Chomedey-Sainte-Dorothée**

1438, boulevard Daniel-Johnson  
Laval (Québec) H7V 4B5

Tél. : 450 680-6400

**Laval-des-Rapides**

3, Place-Laval, bureau 430  
Laval (Québec) H7N 1A2

Tél. : 450 972-3050

## 14. RÉGION DE LANAUDIÈRE

### Direction régionale

#### Lanaudière

40, rue Gauthier Sud, 2<sup>e</sup> étage, bureau 2000  
Joliette (Québec) J6E 4J4

Tél. : 450 752-6888 ou 1 877 465-1933

### Centres locaux

#### Berthierville

90, place du Marché  
Berthierville (Québec) J0K 1A0

Tél. : 450 836-6261 ou 1 800 461-6261

#### Joliette

409, rue Notre-Dame  
Joliette (Québec) J6E 3H5

Tél. : 450 752-6999 ou 1 800 463-5434

#### Rawdon

3486, rue Queen  
Rawdon (Québec) J0K 1S0

Tél. : 450 834-4453 ou 1 877 502-4128

#### Repentigny

155, rue Notre-Dame, Place Repentigny  
Bureau 25  
Repentigny (Québec) J6A 5L3

Tél. : 450 585-6640 ou 1 877 286-6840

#### Saint-Jean-de-Matha

941, route Louis-Cyr  
Saint-Jean-de-Matha (Québec) J0K 2S0

Tél. : 450 886-1826 ou 1 888 872-0048

#### Sainte-Julienne

2495, rue Cartier  
Sainte-Julienne (Québec) J0K 2T0

Tél. : 450 831-4222 ou 1 800 363-8645

#### Terrebonne

1590, chemin Gascon  
Terrebonne (Québec) J6X 3A2

Tél. : 450 471-3666 ou 1 877 286-4404

## 15. RÉGION DES LAURENTIDES

### Direction régionale

#### Laurentides

55, rue Castonguay, 2<sup>e</sup> étage  
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 2H9

Tél. : 450 569-7575

### Pharmaciens

18 octobre 2019

### Centres locaux

#### Lachute

505, avenue Bethanie, bureau 303  
Lachute (Québec) J8H 4A6

Tél. : 450 562-8533 ou 1 800 263-2732

#### Mont-Laurier

585, rue Hébert  
Mont-Laurier (Québec) J9L 2X4

Tél. : 819 623-4610 ou 1 800 567-4562

#### Sainte-Adèle

400, boulevard de Sainte-Adèle  
Sainte-Adèle (Québec) J8B 2N2

Tél. : 450 229-6560 ou 1 800 363-7011

#### Sainte-Agathe

1, rue Raymond  
Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 2X2

Tél. : 819 326-5861 ou 1 800 567-8334

#### Sainte-Thérèse

100, boulevard Ducharme, bureau 120  
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 4R6

Tél. : 450 435-3667

#### Saint-Eustache

367, boulevard Arthur-Sauvé, bureau 247  
Saint-Eustache (Québec) J7P 2B1

Tél. : 450 472-2311

#### Saint-Jérôme

85, rue de Martigny Ouest, 1<sup>er</sup> étage  
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 3R8

Tél. : 450 569-3075 ou 1 800 561-0692

## 16. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE

### Direction régionale

#### Montérégie

135, boul. de Mortagne, bureau H  
Boucherville (Québec) J4B 6G4

Tél. : 450 655-7527 ou 1 800 561-6781

### Centres locaux

#### Acton Vale

1130, rue Daigneault  
Acton Vale (Québec) J0H 1A0

Tél. : 450 546-0798 ou 1 800 438-4765

**Brome-Missisquoi**

406, rue du Sud  
Cowansville (Québec) J2K 2X7

Tél. : 450 263-1515 ou 1 800 463-0230

**Brossard**

1, place du Commerce, bureau 200  
Brossard (Québec) J4W 2Z7

Tél. : 450 672-1335

**Châteauguay**

180, boulevard d'Anjou, bureau 250  
Châteauguay (Québec) J6K 5G6

Tél. : 450 691-6020 ou 1 800 465-0286

**La Haute-Yamaska**

77, rue Principale, RC, bureau 02  
Granby (Québec) J2G 9B3

Tél. : 450 776-7134

**La Vallée-du-Richelieu**

515, boulevard Sir-Wilfrid-Laurier  
Bureau 201  
Beloeil (Québec) J3G 6R7

Tél. : 450 467-9400 ou 1 877 856-1966

**Le Haut-Richelieu**

315, rue MacDonald, bureau 128  
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 8J3

Tél. : 450 348-9294 ou 1 800 567-3627

**Le Haut-Saint-Laurent**

220, rue Châteauguay  
Huntingdon (Québec) J0S 1H0

Tél. : 450 264-5323 ou 1 800 567-0220

**Longueuil**

2877, chemin de Chambly, bureau 40  
Longueuil (Québec) J4L 1M8

Tél. : 450 677-5517 ou 1 866 854-4077

**Marieville**

497, rue Sainte-Marie  
Marieville (Québec) J3M 1M4

Tél. : 450 460-4430 ou 1 888 872-0680

**Saint-Constant**

126, rue Saint-Pierre  
Saint-Constant (Québec) J5A 2P1

Tél. : 450 635-6221 ou 1 866 225-4097

**Saint-Hyacinthe**

3100, boulevard Laframboise, bureau 107  
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Z4

Tél. : 450 778-6589 ou 1 800 465-0719

**Sorel**

375, boulevard Fiset  
Sorel-Tracy (Québec) J3P 7Z4

Tél. : 450 742-5941

**Valleyfield**

63A, rue Champlain, bureau 220  
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C4

Tél. : 450 370-3027 ou 1 800 567-1029

**Vaudreuil-Soulanges**

430, boulevard Harwood, bureau 4  
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 7H4

Tél. : 450 455-5666 ou 1 800 463-2325

**17. RÉGION CENTRE-DU-QUÉBEC**

**Direction régionale**

**Centre-du-Québec**

1680, boulevard Saint-Joseph, bureau RC 07  
Drummondville (Québec) J2C 2G3

Tél. : 819 475-8701 ou 1 877 343-0971

**Centres locaux**

**Drummondville**

270, rue Lindsay, RC  
Drummondville (Québec) J2B 1G3

Tél. : 819 475-8431 ou 1 800 567-3868

**L'Érable**

1971, rue Bilodeau, bureau 350  
Plessisville (Québec) G6L 3J1

Tél. : 819 621-0373 ou 1 877 714-5586

**Nicolet-Bécancour**

1300, boulevard de Port-Royal  
Bécancour (Québec) G9H 1X6

Tél. : 819 233-3711 ou 1 866 523-3711

**Victoriaville**

62, rue Saint-Jean-Baptiste, RC  
Victoriaville (Québec) G6P 4E3

Tél. : 819 758-8241 ou 1 800 463-0950



## 2 COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

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

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

### 2.1 Assistance aux pharmaciens

---

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

#### Centre de support aux pharmaciens

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

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

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

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

Pour nous joindre, il suffit de composer un des numéros de téléphone suivants :

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

La RAMQ offre aussi un site Web aux pharmaciens. Plusieurs informations s'y trouvent dont les infolettres, le manuel des pharmaciens, les flash-Infos, les avis de rupture de stock, etc.

## EXEMPLES DE SITUATIONS

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

Le pharmacien :

- a besoin d'aide pour compléter une transaction;
- a besoin d'explication sur un message d'erreur signalé par le système interactif;
- a besoin de tout autre renseignement sur une transaction de communication interactive au moment de dispenser un médicament.

Selon la nature du problème décrit, le préposé pourra demander l'expertise d'un pharmacien de la RAMQ.

### b) Vérification d'une inscription au régime public d'assurance médicaments

Le pharmacien :

- a besoin de vérifier l'inscription d'une personne à la RAMQ avant de soumettre sa transaction;
- désire obtenir le NAM d'une personne n'ayant pas sa carte en sa possession s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 à 17 ans;
- désire obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée.

### c) Autres renseignements

Le pharmacien :

- a besoin d'aide pour comprendre des données inscrites à l'état de compte;
- a besoin d'aide pour comprendre certains éléments de l'Entente;
- a besoin de renseignement pour remplir une *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

### d) Formulaires, publications et autres

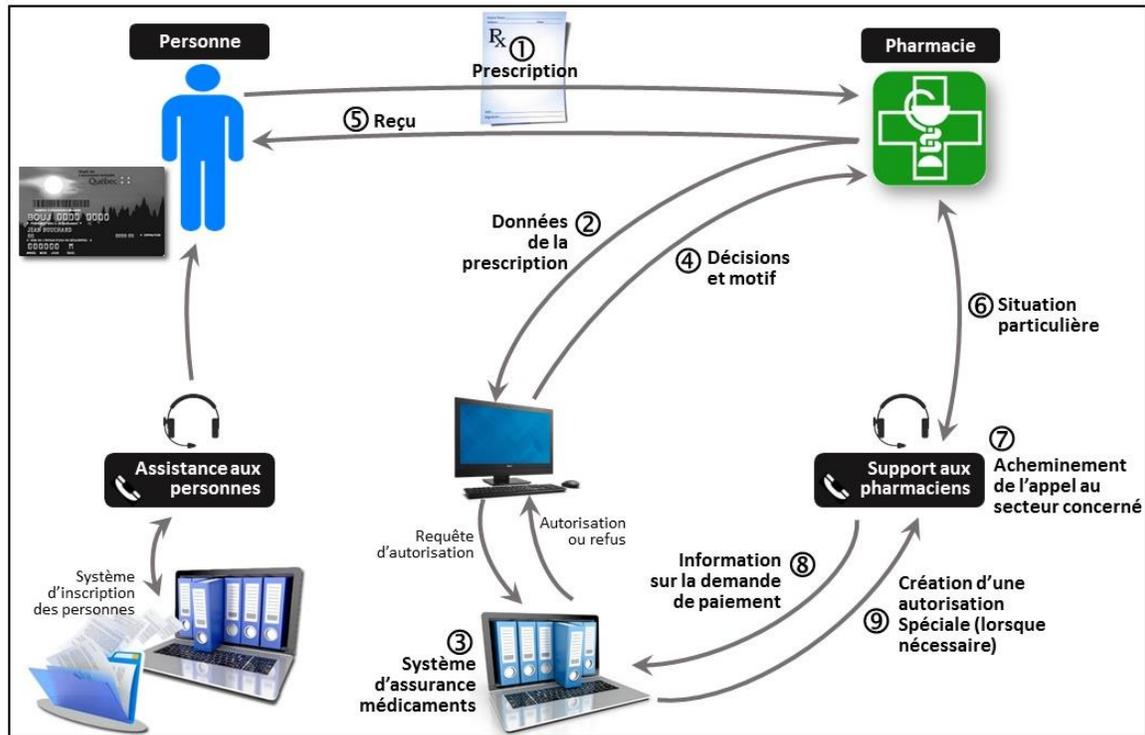
Le pharmacien :

- veut recevoir des états de compte ou de revenus;
- veut remplacer un chèque;
- veut commander des formulaires ou des publications relatives au régime d'assurance maladie ou au régime public d'assurance médicaments;
- veut faire un changement d'adresse.

## 2.2 Vue d'ensemble de la communication interactive

### 2.2.1 Étapes

Le diagramme suivant illustre, de façon sommaire, les différentes étapes liées au traitement de la demande de paiement en communication interactive.

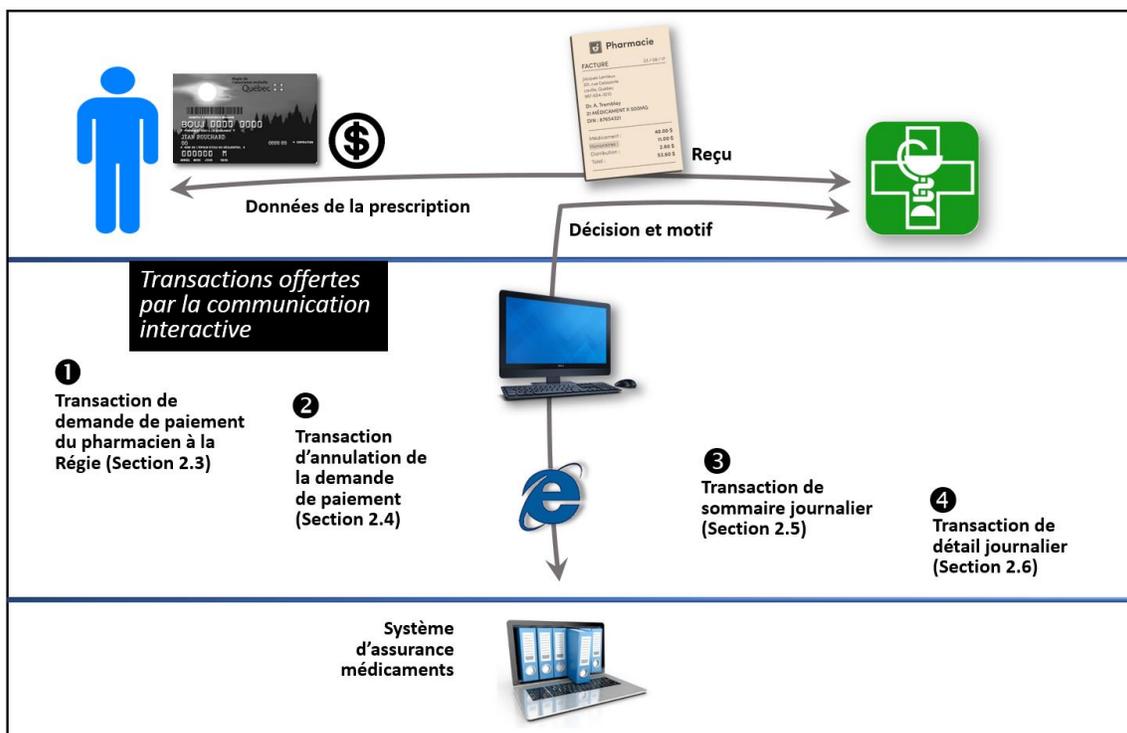


1. La personne assurée présente sa prescription au pharmacien avec sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa preuve temporaire d'admissibilité valides.
2. Le pharmacien inscrit à l'ordinateur les données de la prescription nécessaires au traitement de la demande de paiement, qui est transmise en mode interactif à la RAMQ afin d'obtenir l'autorisation du paiement.
3. Le traitement RAMQ permet de vérifier les modalités de paiement applicables. Les données reçues à la RAMQ sont comparées à différentes règles et banques de données (admissibilité et contribution de la personne assurée, historique des demandes de paiement, admissibilité de la pharmacie et du pharmacien, *Liste des médicaments*, etc.).
4. Une fois toutes les vérifications terminées, la RAMQ avise immédiatement le pharmacien d'une autorisation de paiement ou du refus en lui précisant le montant qui lui sera remboursé et celui qui est exigé de la personne assurée à titre de franchise ou de coassurance, ou les raisons qui motivent sa décision en cas de refus.
5. Un reçu sur lequel sont indiqués les détails de la transaction est imprimé et remis à la personne assurée par le pharmacien.
6. Advenant une situation particulière (transaction refusée pour une personne non assurée, situation urgente ou qui nécessite une autorisation préalable de la RAMQ), le pharmacien pourra prendre contact avec le personnel du Centre de support aux pharmaciens (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).
7. Le Centre de support aux pharmaciens répond au pharmacien ou achemine l'appel au secteur visé (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).

8. Pour répondre rapidement au pharmacien qui soumet un problème sur une transaction en cours, le Centre de support aux pharmaciens peut avoir accès à cette transaction au système d'assurance médicaments.
9. Pour certaines situations complexes qui ne sont pas décrites dans le *Manuel des pharmaciens*, le Centre de support aux pharmaciens peut inscrire une **considération spéciale** en direct au système d'assurance médicaments afin de permettre la transmission de la demande de paiement.

### 2.2.2 Transactions offertes

Le diagramme suivant illustre, de façon sommaire, les différentes transactions offertes par la communication interactive.



## 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 (valeurs) 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 RAMQ une demande de paiement. On doit y inscrire les informations nécessaires à la RAMQ 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 RAMQ, celle-ci envoie une réponse en mode interactif à la pharmacie (voir la section 2.3.7 *Réponse à une transaction de demande de paiement*).

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 RAMQ. 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, communiquer avec 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 14 jours à partir de la date de transaction pour corriger votre facturation directement par la communication interactive.

Au-delà du 14 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, de leurs règlements ainsi que de l'Entente entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et le ministre de la Santé et des Services sociaux 2018-2020.

Les renseignements à transmettre à la RAMQ 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 RAMQ 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**

- le numéro d'assurance maladie inscrit sur la carte d'assurance maladie ou celle 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;
- la date de naissance (SSAAMMJJ);
- le sexe (F ou M);
- le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement, le cas échéant :

	<b>Valeur</b>
• programme ITSS avec particularité K (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS) .....	<b>1K</b>
• programme ITSS avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS) .....	<b>1L</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité K (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) .....	<b>2K</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) .....	<b>2L</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité R (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance).....	<b>2R</b>
• 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) .....	<b>2S</b>
• patient d'exception .....	<b>40</b>
• médicament d'exception .....	<b>41</b>

	<b>Valeur</b>
• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence .....	<b>04</b>
• programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures .	<b>08</b>
• programme universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) .....	<b>09</b>

(voir les sections 2.3.4.15 *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS*, 2.3.4.16 *Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose*, 2.3.4.17 *Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie*, 2.3.4.28 *Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence*, 2.3.5.1 *Médicament d'exception* et 2.3.5.2 *Mesure du patient d'exception*)

- le lien de parenté avec le détenteur du carnet de réclamation ou de la carte d'assurance maladie, le cas échéant :

	<b>Valeur</b>
• détenteur de la carte (valeur par défaut) .....	<b>0</b>
• dépendant mineur de moins d'un an non inscrit sur le carnet de réclamation ou sans carte d'assurance maladie .....	<b>2</b>

■ **Section D : ordonnance et service professionnel** (voir la section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel*)

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 RAMQ, 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 (ITSS, tuberculose ou achat de places ou contraception orale d'urgence, etc. [voir les sections 1.2 *Catégories de personnes assurées* et 1.3 *Identification de la personne*]).

La section réservée à l'identification de la personne assurée comporte tous les renseignements requis pour l'identifier à la RAMQ 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 fournis 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, il s'agit d'un numéro de référence dans les cas suivants : d'une opinion pharmaceutique, de rémunération mensuelle dans le cadre du mécanisme de surveillance, de suivi de consommation, de transmission d'un profil, de transmission de demandes à la suite d'une dérogation, de service sur appel, de prestation des services liés 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, de substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement, de l'administration d'un médicament aux fins d'enseignement, et de l'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée, il s'agit d'un numéro de référence.

- Aucun indicateur de plafonnement n'est requis : la RAMQ cumule le nombre d'ordonnances par pharmacie et ajuste, le cas échéant, les frais de service facturés 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;
- la date de rédaction de l'ordonnance;
- le code du service professionnel effectué :

	<b>Valeur</b>
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance .....	<b>O</b>
• exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique(*) .....	<b>N</b>
• exécution et renouvellement d'une ordonnance d'un service chronique de moins de sept (7) jours(*) .....	<b>6</b>
• médicament fourni sous la forme d'un pilulier - selon la règle 24(*).....	<b>P</b>
• pilulier selon la règle 25(*) .....	<b>G</b>
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive.....	<b>E</b>
• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables, seringues jetables sans aiguille, de seringues de chlorure de sodium pré-remplies (*).....	<b>F</b>
• fourniture de chambre d'espacement(*) .....	<b>X</b>
• fourniture de masque (tarif = 0 \$)(*).....	<b>Y</b>
• traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes(*).....	<b>J</b>
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques(*) (fin le 31 octobre 2018)	
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral(*) (fin le 31 octobre 2018)	
• préparation de capsules placebo(*) (fin le 31 octobre 2018)	
• préparation de sachets(*) (fin le 31 octobre 2018)	
• mise en seringue d'insuline(*).....	<b>I</b>
• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant(*).....	<b>K</b>

	<b>Valeur</b>
• mise en seringue de chlorure de sodium(*) .....	<b>Q</b>
• exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique(*)....	<b>R</b>
• exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale(*) .....	<b>T</b>
• préparation de capsules(*) ( <i>fin le 31 octobre 2018</i> )	
• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement(*) .....	<b>1</b>
• transmission d'un profil(*).....	<b>2</b>
• opinion pharmaceutique(*) .....	<b>3</b>
• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence(*) .....	<b>4</b>
• transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive(*) .....	<b>5</b>
• frais d'emballage pour le transport thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile (*) .....	<b>8</b>
• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile (*) .....	<b>7</b>
• service sur appel(*) .....	<b>A</b>
• pharmacien désigné - rémunération mensuelle(*) ( <i>suspension depuis 2005</i> )	<b>S</b>
• évaluation du besoin de la prescription d'un médicament(*) .....	<b>V</b>
• prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques(*).....	<b>W</b>
• évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation(*) .....	<b>Z</b>
• ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée .....	<b>AD</b>
• consultation pharmaceutique auprès de la personne assurée qui bénéficie du programme d'accès universel gratuit à l'interruption de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) .....	<b>CP</b>
• enseignement de l'administration de la naloxone auprès de la personne, dans le cadre du programme de gratuité de la naloxone.....	<b>EN</b>
• administration d'un médicament aux fins d'enseignement .....	<b>FE</b>
• préparation magistrale formes liquides ou solides	<b>M1</b>
• préparation magistrale fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires .....	<b>M2</b>
• préparation obligatoire sous hotte .....	<b>M3</b>
• substitution thérapeutique d'un médicament lors d'une rupture d'approvisionnement .....	<b>RA</b>

(\*) 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.

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, I, K, Q, R, T, V, W, Z, AD, FE, M1, M2, M3, RA.

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

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

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

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

	<b>Valeur</b>
• nouvelle ordonnance écrite.....	<b>N</b>
• nouvelle ordonnance verbale.....	<b>V</b>
• renouvellement d'ordonnance écrite.....	<b>S</b>
• renouvellement d'ordonnance verbale.....	<b>R</b>

- le code de sélection :

	<b>Valeur</b>
• champ laissé à blanc signifie « tel que prescrit »	
• choix du pharmacien de dispenser un médicament équivalent .....	<b>3</b>
• choix du prescripteur de « ne pas substituer » (*) sans justification.....	<b>1</b>
avec justification	
- allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur .....	<b>A</b>
- intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur .....	<b>B</b>
- forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la <i>Liste des médicaments</i> sous cette forme.....	<b>C</b>

(\*) 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<sup>er</sup> juin 2015 : pour tout renouvellement d'ordonnance écrite (S) ou verbale (R).

Dans certaines situations particulières, la justification de la mention NPS n'est pas requise. Ces situations sont documentées à la *Liste 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 les annexes 2 et 4 de la *Liste des médicaments*).

- la quantité de médicaments délivrée à la personne assurée (maximum de 4 chiffres + 1 décimale, le cas échéant) :  
La quantité doit être calculée selon l'unité de mesure ou de volume du produit inscrit à la *Liste des médicaments*. Si le conditionnement est indivisible, il faut inscrire exactement la quantité telle qu'elle figure dans la colonne « FORMAT » de la liste ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne assurée.  
  
Si, dans certaines circonstances, la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour l'obtention d'une autorisation pour une considération spéciale, sauf dans les cas où les instructions de facturation ci-dessous le permettent.
- le type de service exécuté :  
Pour les codes de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation de solution ophtalmique, du traitement de substitution aux opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament et de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, inscrire également le type de service exécuté (voir les sections 2.3.4.1, 2.3.4.25 à 2.3.4.27, 2.3.4.36, 2.3.4.39 et 2.3.4.40).
- la durée de traitement exprimée en jours (trois chiffres) :  
Cette durée doit correspondre à la quantité fournie divisée par la posologie prescrite. Toutefois, un nombre de jours approximatif doit être inscrit si la durée du traitement ne peut être calculée avec précision compte tenu de la posologie ou de la forme pharmaceutique. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une utilisation variable au besoin, la détermination de la durée de traitement doit tenir compte de la posologie maximale journalière.
- le code d'intervention ou d'exception :  
Cet indicateur permet au pharmacien de préciser la nature d'une situation particulière concernant la personne assurée, l'ordonnance ou le service professionnel. Selon la situation, cet indicateur est obligatoire. On peut indiquer jusqu'à 4 codes d'intervention ou d'exception sur une demande de paiement parmi les suivants :

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

	<b>Valeur</b>
• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours - Limites de 200, de 400 et de 3 000.....	<b>BD</b>
• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires - Limites de 200 et de 400 .....	<b>BE</b>
• pour permettre le remboursement de 3 000 bandelettes pour une femme enceinte diabétique.....	<b>BG</b>
• pour permettre un cumul jusqu'à 400 bandelettes pour une période de 365 jours pour une personne assurée qui a reçu un service de sulfonylurée ou de répaglinide.....	<b>BI</b>
• pour permettre un cumul jusqu'à 3 000 bandelettes pour une période de 365 jours pour une personne assurée qui a reçu de l'insuline .....	<b>BM</b>
• pour permettre le remboursement des bandelettes pour les personnes ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans une situation clinique à risque d'hyperglycémies symptomatiques potentiellement graves.....	<b>BLND</b>
• une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie .....	<b>CS</b>
• pour modifier la durée de traitement (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) .....	<b>CV</b>

	<i><b>Valeur</b></i>
• situation particulière - ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie.	<b>DN</b>
• franchise/coassurance non perçue .....	<b>EV</b>
• service sur appel pour un second déplacement, même jour .....	<b>FB</b>
• traitement de l'asthme et autres MPOC .....	<b>IA</b>
• contrôle de la MPOC non atteint .....	<b>IB</b>
• demandeur d'asile en attente du PFSI .....	<b>IM</b>
• confirmation de services rendus au privé .....	<b>IP</b>
• indication reconnue absente ou non correspondante .....	<b>IX</b>
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire adulte.....	<b>MA</b>
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire à charge .....	<b>MB</b>
• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité .....	<b>MG</b>
• pour permettre de générer un NAM temporaire (naloxone) .....	<b>MK</b>
• montant supérieur à 1 000 \$ .....	<b>MP</b>
• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière .....	<b>MQ</b>
• pour indiquer une pharmacothérapie initiale.....	<b>MT</b>
• réclamation valide - validation base .....	<b>NA</b>
• réclamation valide - validation historique.....	<b>NB</b>
• forcer les coûts - forcer les frais de service .....	<b>NC</b>
• pilulier indivisible.....	<b>PI</b>
• pilule du lendemain (facturation d'un format complet) .....	<b>PL</b>
• une autorisation téléphonique CSSR a été obtenue - sans méd. ....	<b>SS</b>
• 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 .....	<b>PI</b>
• pharmacie désignée contactée ou non .....	<b>UI</b>
• PAE sous contrôle en situation d'urgence - pathologie aiguë.....	<b>VE</b>
• pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons) .....	<b>DQ</b>
• payer à zéro les frais de service .....	<b>VG</b>

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

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

Il existe d'autres codes d'intervention ou d'exception selon des indications de facturation précises. Veuillez consulter les sections suivantes selon le cas :

Section 2.3.4.4 *Le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement;*

Section 2.3.4.30 *Le transport d'urgence des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile;*

Section 2.3.4.39 *Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament;*

Section 2.3.4.39 *Pour le traitement des cas où aucun diagnostic n'est requis;*

Section 2.3.4.40 *Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques;*

Section 2.3.4.2.2 *Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies ou d'une chambre d'espacement;*

Section 2.3.4.45 *Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée;*

Section 2.3.4.5 *Le type d'opinion pharmaceutique.*

- 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 RAMQ) :

	<b>Valeur</b>
• 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
	82XXXX à
• infirmier titulaire d'un BAC et d'un DEC en soins infirmiers.....	87XXXX
• sage-femme du Québec.....	93XXXX
• podiatre du Québec.....	94XXXX
• diététiste .....	96XXXX
• inhalothérapeute .....	97XXXX

Une ordonnance est valide si elle est réalisée par un prescripteur reconnu. Lors d'une transaction en pharmacie, le numéro du prescripteur doit obligatoirement correspondre à un numéro cité ci-dessus.

- le type de prescripteur de l'ordonnance :

	<b>Valeur</b>
• 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
• diététiste .....	58
• inhalothérapeute .....	59
• 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 RAMQ.

(\*\*) Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la RAMQ. 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). Depuis le 23 mai 2018, le système CIP vérifie la validité du code d'indication reconnue à la date de service. 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 RAMQ de traiter conformément la demande de paiement.

#### 2.3.4.1 Médicament magistral

##### Jusqu'au 30 octobre 2018

- **L** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques;
- **M** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral;
- **B** : préparation de capsules placebo;
- **H** : préparation de sachets;
- **U** : préparation de capsules.

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **L** ou **M** :
  - **L** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques
  - **M** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral
- Tous les codes DIN qui composent le médicament magistral doivent être indiqués. Vous pourrez inscrire jusqu'à 10 ingrédients sur la demande de paiement.

##### À partir du 31 octobre 2018

Les catégories de préparation magistrale 1, 2 et 3 sont ajoutées. Un nouveau code de service est associé à chaque catégorie : **M1**, **M2** et **M3**.

Pour chaque service, un tarif de dispensation pour le pharmacien vient s'ajouter au tarif de préparation. De plus, les frais de transport et d'emballage des préparations magistrales non stériles sont remboursés dans le cadre du *Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile* selon la grille des tarifs disponible sur le site Web de la RAMQ.

##### ■ Principes à respecter lors de la facturation du médicament magistral dont le coût est garanti par le régime général

- Le code de service doit correspondre à **M1**, **M2** ou **M3**;
- Le type de service doit correspondre au type de préparation magistrale;
- Chaque code de produit composant la préparation magistrale doit être inscrit;

- Le coût de chaque ingrédient est calculé selon le prix payable établi à la *Liste des médicaments*;
- Inscrire pour chaque ingrédient utilisé, le format d'acquisition, la quantité, le coût et la source 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.

Les tableaux ci-dessous présentent les différentes catégories et les types de préparation magistrale :

Code de service	Description des nouveaux codes de service		
	Type de service	Formes pharmaceutiques	Instruments
<b>M1</b> Catégorie 1	<b>A à H</b>	<b>Formes liquides ou solides</b>  exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	<b>Instruments de base</b>  exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatules, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier.
<b>M2</b> Catégorie 2	<b>A à K</b>	<b>Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires</b>	<b>Appareils et instruments plus spécialisés</b>  exemple : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
<b>M3</b> Catégorie 3	<b>A à K</b>	<b>Préparation obligatoire sous hotte</b>	

**Remarque :** Pour la catégorie *Véhicules, solvants ou adjuvants* incluant le code de facturation, il est possible, lorsque requis, d'indiquer plusieurs fois le même code de facturation sur la demande de paiement pour distinguer chacun des produits de la magistrale.

**Médicament magistral selon la mesure du patient d'exception**

■ **Principes à respecter lors de la facturation du médicament**

- Le code de service doit correspondre à **M1, M2** ou **M3**;
- Le type de service doit correspondre à **L** : Magistrale selon la mesure du patient d'exception;

- Le pharmacien doit indiquer le code de facturation :
  - du ou des ingrédients actifs commercialisés ou, pour les poudres, le code de facturation inscrit sur la lettre transmise par la RAMQ à la personne assurée\*.
    - \*Les codes de facturation des poudres sont présentés au tableau *Codes de facturation – Poudres autorisées selon la mesure du patient d'exception*, à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ;
  - de chacun des véhicules, solvants ou adjuvants inscrits à la section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments*\*.
    - \* Les codes de facturation des poudres sont présentés au tableau *Codes de facturation – Poudres autorisées selon la mesure du patient d'exception*, à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ;
- Le format d'acquisition, la quantité et le coût demandé doivent être saisis, ainsi que la source d'approvisionnement et la marge bénéficiaire du grossiste, s'il y a lieu.

Code de service	Description des nouveaux codes de service		
	Type de service	Formes pharmaceutiques	Instruments
<b>M1</b> Catégorie 1	L	<b>Formes liquides ou solides</b>  exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	<b>Instruments de base</b>  exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatules, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier.
<b>M2</b> Catégorie 2	L	<b>Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires</b>	<b>Appareils et instruments plus spécialisés</b>  exemple : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
<b>M3</b> Catégorie 3	L	<b>Préparation obligatoire sous hotte</b>	

**Remarque :** Pour la catégorie *Véhicules, solvants ou adjuvants* incluant le code de facturation, il est possible, lorsque requis, d'indiquer plusieurs fois le même code de facturation sur la demande de paiement pour distinguer chacun des produits de la magistrale.

Lors d'une préparation magistrale non stérile selon la mesure du patient d'exception, s'il y a présence d'un ou de plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants non répertoriés à la *Liste des médicaments*, le code de facturation 99110793 doit être utilisé.

Ce code de facturation ne s'applique pas aux contenants, filtres, bouteilles ou pour tout autre matériel utilisé pour les préparations magistrales non stériles; le prix payable est alors le prix coûtant du pharmacien.

Type de service	Description de la préparation magistrale
A	Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la <i>Liste des médicaments</i> et qui renferme une substance active
B	Une préparation d'un rince-bouche résultant du mélange : <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants</li> </ul>
C	Une préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la <i>Liste des médicaments</i> , 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
D	Une 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, <b>à l'exception</b> d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 %
E	Une préparation ophtalmique renfermant : <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL;</li> <li>de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 %</li> </ul>
F	Une solution ou suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine
G	Une des préparations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>préparation pour usage rectal à base de sucralfate</li> <li>préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem</li> </ul>
H	Une préparation pour usage oral de benzoate de sodium
I	Type de service pour la préparation de capsules placebo à partir d'un médicament de la Liste des médicaments ou à partir de capsules vides
J	Type de service pour la mise en sachet de poudre ou de comprimés triturés accompagnés ou non d'un véhicule, solvant ou adjuvant
K	Type de service pour la préparation de capsules qui consiste à introduire dans des capsules vides un seul médicament actif avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants, s'il y a lieu
L	Médicament magistral selon la mesure du patient d'exception

## 2.3.4.2 Fournitures

### 2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espace

#### ■ Principes à respecter

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire;
- Le code de service doit correspondre à **X**, fourniture de chambre d'espace;
- Le code DIN de la fourniture est obligatoire :
  - Fourniture de masque pour chambre d'espace à 0,00 \$; il est inclus dans les honoraires de la fourniture de chambre d'espace (code de service Y).

### 2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies ou d'une chambre d'espace

Depuis le 31 octobre 2018, lors de la facturation de certaines fournitures, il est obligatoire d'inscrire un code d'intervention en présence du code de service **F** – Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies ou d'une chambre d'espace.

Les fournitures concernées par cette obligation sont les suivantes :

- aiguille jetable;
- seringue avec aiguille jetable rétractable ou pour insuline;
- seringue et aiguille jetables;
- seringue jetable sans aiguille;
- seringue préremplie de chlorure de sodium.

Le coût du service prévu pour la fourniture de seringue-aiguilles jetables ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :

- le service a été prévu pour une personne assurée porteuse d'une ordonnance, pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie;
- la quantité de seringues-aiguilles jetables fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.
- le coût du service prévu pour la fourniture de seringues jetables (sans aiguille) est payable lorsque le service a été rendu à une personne assurée qui nécessite l'administration d'un médicament de la classe des agonistes des opiacés, des anti-convulsivants, ou des immunosuppresseurs sous forme liquide par voie orale et qu'elle-même ou la personne aidante est dans l'impossibilité de mesurer adéquatement la dose prescrite. Le service est également payable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés et qu'aucun professionnel habilité à préparer une dose de médicament n'exerce dans cette résidence;
- le coût du service prévu pour la remise de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ainsi que le coût de seringues elles-mêmes sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée dans le but de permettre l'irrigation de cathéter lorsqu'elles sont utilisées conjointement à un médicament administré par voie parentérale

#### ■ Principes à respecter

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles, aiguilles jetables ou seringues jetables sans aiguille et il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament) du médicament pour inhalothérapie ou du médicament sous forme liquide administré par voie orale.
- Le code de service doit correspondre à **F**;

- Le code d'intervention doit correspondre à :
  - insuline et autre médicament injectable ..... **LA**
  - inhalothérapie ..... **LB**
  - agoniste des opiacés par voie orale ..... **LC**
  - anticonvulsivant par voie orale ..... **LD**
  - immunosuppresseur par voie orale ..... **LE**
  - chlorure de sodium par voie parentérale (seringue préremplie pour rinçage de tubulure ou cathéters) ..... **LF**

■ **Remarque**

L'ordonnance pour le médicament injectable (insuline ou autre médicament), pour le médicament pour inhalothérapie ou pour le médicament liquide sous forme orale doit être facturée avec le code de service propre à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance (code de service O).

L'ordonnance pour la thérapie parentérale doit être facturée avec le service T en ce qui concerne les seringues préremplies de chlorure de sodium. Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles, aiguilles jetables ou seringues jetables sans aiguille et il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament) du médicament pour inhalothérapie ou du médicament sous forme liquide administré par voie orale.

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

Toute transaction sans code d'intervention est refusée avec le message suivant :

**65** : Code d'intervention/exception en erreur ou non permis : \*\*.

Si le code d'intervention est différent d'une des valeurs permises, la transaction est refusée avec le message suivant :

**NN** : Service et code d'intervention incompatibles : \*\*.

**2.3.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant**

■ **Principes à respecter**

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

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

■ **Principes à respecter**

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire (l'exécution ou le renouvellement est refusé);
- Le code de service doit correspondre à **1**;
- Seul le montant du service professionnel est réclamé;
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception spécifiant le motif du refus :

	<b>Valeur</b>
• intolérance antérieure au produit prescrit	<b>CA</b>
• échec antérieur du traitement avec le produit prescrit	<b>CB</b>
• allergie antérieure au médicament prescrit	<b>CC</b>

	<b>Valeur</b>
• choix de produit irrationnel	CE
• ordonnance (valide) falsifiée	CF
• durée de traitement irrationnelle	CG
• dose dangereusement élevée	CH
• interaction cliniquement significative	CI
• produit inefficace dans l'indication visée	CJ
• quantité prescrite irrationnelle	CK
• dose sous-thérapeutique	CL
• duplication de traitement	CL
• surconsommation	CO

■ **Remarque**

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

**2.3.4.5 Opinion pharmaceutique**

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **3**;
- Le numéro d'ordonnance doit correspondre au numéro de référence correspondant à l'opinion;
- Le numéro du prescripteur est obligatoire;
- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre au type d'opinion pharmaceutique :

	<b>Valeur</b>
• Effet indésirable ou intolérance observés : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	UB
• Effet indésirable ou intolérance observés : substituer un médicament prescrit par un autre	UD
• Allergie : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UO
• Effet indésirable ou intolérance observés : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UP
• Interaction : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UQ
• Grossesse ou allaitement : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UR
• Interaction : substituer un médicament prescrit par un autre	UT
• Grossesse ou allaitement : substituer un médicament prescrit par un autre	UV
• Hypertension artérielle : inobservance au traitement, surconsommation	UX
• Hypertension artérielle : inobservance au traitement, sous-consommation	UY
• Opinion et calendrier de sevrage relatifs aux médicaments benzodiazépines	VB
• Allergie : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WA
• Allergie : substituer un médicament prescrit par un autre	WB
• Contre-indication : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WC
• Contre-indication : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement	WD
• Contre-indication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WE
• Contre-indication : substituer un médicament prescrit par un autre	WF

	<i><b>Valeur</b></i>
• Duplication : interrompre la prise d'un médicament prescrit	<b>WG</b>
• Duplication : modifier le traitement prescrit	<b>WH</b>
• Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	<b>WI</b>
• Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit	<b>WJ</b>
• Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	<b>WK</b>
• Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit	<b>WL</b>
• Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv)	<b>WM</b>
• Inefficacité : Substituer un médicament prescrit par un autre	<b>WN</b>
• Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit	<b>WO</b>
• Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit	<b>WP</b>
• Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	<b>WQ</b>
• Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	<b>WR</b>
• Innocuité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique	<b>WS</b>
• Innocuité : diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	<b>WT</b>
• Innocuité : réduire la durée du traitement prescrit	<b>WU</b>
• Innocuité : substituer un médicament prescrit par un autre	<b>WV</b>
• Interaction : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement	<b>WW</b>
• Interaction : empêcher la prise d'un médicament prescrit	<b>WX</b>
• Interaction : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	<b>WY</b>
• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité	<b>WZ</b>
• 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	<b>XA</b>
• Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10	<b>XB</b>
• Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale	<b>XC</b>
• Asthme : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XD</b>
• Asthme : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XE</b>
• Tuberculose : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XF</b>
• Tuberculose : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XG</b>
• Dyslipidémies : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XH</b>
• Dyslipidémies : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XI</b>
• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XJ</b>
• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XK</b>
• Diabète de type II : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XL</b>

	<i>Valeur</i>
• Diabète de type II : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XM</b>
• Épilepsie : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XN</b>
• Épilepsie : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XO</b>
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XP</b>
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XQ</b>
• Infection du VIH : inobservance au traitement, surconsommation	<b>XR</b>
• Infection du VIH : inobservance au traitement, sous-consommation	<b>XS</b>

■ **Remarque**

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

#### 2.3.4.6 Service sur appel

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

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **A**;
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire et doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques;
- Un DIN n'est pas requis.

#### 2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

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

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **O** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance;
- Le code d'intervention doit correspondre à **MT**;
- Le nombre de renouvellements du premier et du deuxième service sont identiques.

■ **Remarque**

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

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

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

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

Le service du pilulier peut être effectué pour des multiples de 7 jours, jusqu'à concurrence de 28 jours. Lorsque la personne assurée quitte temporairement son domicile ou que des circonstances exceptionnelles liées à l'isolement ou à la distance mettent en péril la prise de médicaments, la justification de la remise de ces piluliers doit être documentée au dossier du patient. Lorsque la personne assurée ne satisfait pas aux critères indiqués précédemment et que le service de pilulier est effectué pour des multiples de 7 jours, jusqu'à concurrence de 28 jours, seul le tarif du code de service **N** est payable.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **P**;
- La durée de traitement doit correspondre à **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement)

■ **Remarque**

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

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

Au regard de la Règle 19 e) de l'annexe II de l'Entente 2018-2020, le pharmacien peut exceptionnellement fournir les médicaments pour un traitement d'une durée de moins de trente jours lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle.

■ **Principes à respecter**

Un pharmacien qui désire fractionner une ordonnance pour permettre la facturation d'un service pour une durée de traitement de moins de 7 jours doit respecter les instructions de facturation pour l'ensemble de la médication de la personne assurée :

1. Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :
  - Le code de service doit correspondre à **O** : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance;
2. Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement :
  - Le code de service doit correspondre à **6** : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours;

Depuis le 30 janvier 2019, une nouvelle instruction de facturation concerne le fractionnement d'une ordonnance lorsqu'une personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient.

Ainsi, le pharmacien qui désire fractionner une ordonnance pour permettre la facturation d'un service pour une durée de traitement de **7 jours ou plus** doit respecter les instructions de facturation qui suivent.

1. Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :
  - Le code de service doit correspondre à **O** : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance;
  - Le code d'intervention **CV** : Pour modifier la durée du traitement de l'ordonnance prescrite à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) doit être inscrit.

2. Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement :
  - Le code de service doit correspondre à **6** : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours;
  - Dans ces situations, malgré le libellé du code, la durée de traitement peut correspondre à 7 jours ou plus;
  - Le code d'intervention **CV** doit être inscrit.

#### 2.3.4.10 Préparation de capsules placebo

**AVIS** : Cette section est suspendue depuis le 30 octobre 2018.

#### 2.3.4.11 Préparation de capsules

**AVIS** : Cette section est suspendue depuis le 31 octobre 2018.

#### 2.3.4.12 Préparation de sachets

**AVIS** : Cette section est suspendue depuis le 31 octobre 2018.

#### 2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline

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

Pour les mises en seringue d'un mélange des mêmes insulines, peu importe le nombre d'unités requis pour chacune d'entre elles, un seul coût de service est payable.

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à I;
- Inscrire le ou les codes DIN de l'insuline et des seringues utilisées. Si différents types d'insuline et/ou de seringues sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes. Pour identifier s'il s'agit d'un mélange d'insuline, le système doit retracer sur la demande de paiement, la facturation d'insuline ayant une dénomination commune différente l'une de l'autre.

#### 2.3.4.14 Pilule du lendemain

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

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

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O**;
- Le code DIN doit correspondre au médicament;
- Le coût du médicament correspond au coût de la fraction du format du contraceptif oral. Inscrire la fraction du format à une décimale près correspondant à la quantité servie :
  - 2 comprimés = quantité 0,1
  - 4 comprimés = quantité 0,2
  - 6 comprimés = quantité 0,3

■ **Remarque**

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

- 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**

- Le code de service doit correspondre à **O**;
- Le code d'intervention doit correspondre à **PL**;
- Inscrire la quantité du format du médicament réclamé;
- Le coût du médicament correspond au coût du format complet du contraceptif oral.

**2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS**

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 infection transmise sexuellement et par le sang. Le pharmacien peut également être rémunéré par la RAMQ pour un service fourni à une personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamations 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**

**À la 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 :

	<b>Valeur</b>
• le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an .....	<b>2</b>

- 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 RAMQ 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 :
 

	<b>Valeur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• programme ITSS avec particularité K (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS) .....</li> <li>• programme ITSS avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS) .....</li> </ul>	<p><b>1K</b></p> <p><b>1L</b></p>

**À la section D :**

- Inscrire le code DIN du médicament.
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à 0, car le renouvellement de cette ordonnance n'est pas payable.

**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 RAMQ 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**

**À la 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 :

- |   | <b>Valeur</b>   |
|---|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an .....</li> </ul> | <p><b>2</b></p> |

- 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 RAMQ 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 :

	<b>Valeur</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité K (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) .....	<b>2K</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) .....	<b>2L</b>
• programme « Tuberculose » avec particularité R (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance).....	<b>2R</b>
• 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) .....	<b>2S</b>

**À la section D :**

- Inscrire le code DIN du médicament.

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

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

**2.3.4.18 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle**

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

**2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté**

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

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

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

**Détermination de la date prévue du renouvellement**

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

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

Date de service de la demande de paiement en traitement :	2018-12-30
Date de service de la demande de paiement antérieure :	2018-12-04
Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
Date prévue du renouvellement :	2019-01-03 (2019-12-04 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement suivant :	2019-02-02 (2019-01-03 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement subséquent :	2019-03-04 (2019-02-02 + 30 jours)
Et ainsi de suite	

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

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

#### Renouvellement hâtif

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

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

Les messages d'erreur signalant cette situation sont :

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

#### Renouvellement anticipé

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

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

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

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

■ **Principes à respecter**

- Renouvellement hâtif (écart supérieur à la marge de manœuvre permise) :  
Lorsque le pharmacien fournit un médicament avant la date prévue de renouvellement et transmet une demande de paiement faisant l'objet d'un renouvellement hâtif, il **doit** en indiquer la raison à l'aide du code d'intervention ou d'exception approprié.
- Renouvellement anticipé (écart inférieur à la marge de manœuvre permise) :  
Lorsque le pharmacien fournit un médicament avant la date prévue de renouvellement faisant l'objet d'un renouvellement anticipé, il **peut** indiquer la raison propre à la situation à l'aide du code d'intervention ou d'exception approprié.
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation :

	<b>Valeur</b>
• médicament facturé avec le NAM d'un parent (dans les cas où le parent et l'enfant de moins d'un an sans NAM consomment le même médicament) .....	<b>DF</b>
• même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la <i>Liste des médicaments</i> ), mais facturé pour des ordonnances différentes.....	<b>DG</b>
• synchronisation des ordonnances dans le respect de la règle 19 de l'Entente (dans le but de synchroniser les visites à la pharmacie, le pharmacien fournit une quantité supérieure à celle prescrite) .....	<b>DH</b>
• anticipation - pharmacie fermée à la date prévue du renouvellement .....	<b>DI</b>
• anticipation - déplacement ou livraison impossible à la date prévue du renouvellement .....	<b>DJ</b>
• anticipation - médicament utilisé dans deux lieux différents .....	<b>DK</b>
• anticipation - médicament requis lors du rendez-vous médical .....	<b>DL</b>
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui interrompt le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement .....	<b>DM</b>
• non-respect de la posologie (pour différents motifs, la personne n'a pas respecté la posologie prescrite et n'a plus de médicament en sa possession)	<b>DO</b>
• anticipation - correction de la durée de traitement.....	<b>FA</b>
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui n'interrompt pas le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement .....	<b>FC</b>
• oubli des médicaments lors d'un voyage .....	<b>ME</b>
• changement de posologie.....	<b>MN</b>
• vol, perte ou bris de médicament.....	<b>MR</b>
• départ en voyage avant la date de renouvellement .....	<b>MV</b>

■ **Remarque**

Certains codes utilisés pour justifier un renouvellement prématuré (hâtif ou anticipé) interrompent le processus de l'établissement de la date prévue du renouvellement pouvant influencer le mois de la perception de la contribution. Les écarts sont alors effacés de la mémoire du système informatique. Généralement, ces codes justifient que la personne n'a plus de médicament en sa possession pour une raison ou une autre. Alors, le service en traitement est considéré comme le premier service de la chaîne de traitement des demandes de paiement du médicament en cause.

#### 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité

Exceptionnellement, il est possible de modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité lorsqu'il y a eu une erreur d'inscription sur la demande de paiement de l'ordonnance originale.

Il est aussi possible de le faire si le pharmacien doit ajuster le nombre de renouvellements à la suite d'une modification apportée à la quantité fournie au cours de la période de validité de l'ordonnance (voir la Règle 19 a) de l'annexe II de l'Entente).

##### ■ **Principes à respecter**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **MG**;
- Inscrire le nombre de renouvellements restants en tenant compte de la correction apportée;

Exemple (lorsqu'il y a eu une erreur d'inscription sur la demande de paiement de l'ordonnance originale) :

Le nombre de renouvellements inscrit sur l'ordonnance originale est de 15, mais le pharmacien a inscrit 12. À ce jour, 10 renouvellements ont été facturés. Donc, en utilisant le code d'intervention **MG** particulier, inscrire 5 comme nombre de renouvellements restants.

- Modifier la date de fin de validité, le cas échéant.

#### 2.3.4.22 Dépassement de la quantité maximale journalière

Une demande de paiement est refusée s'il y a dépassement de la quantité maximale journalière de médicament déterminée par décision administrative de la RAMQ, pour repérer les erreurs de facturation. Après vérification de la quantité de médicaments et de la durée du traitement inscrites sur la demande de paiement transmise à la RAMQ, le pharmacien peut confirmer la conformité de ces données en inscrivant le code d'intervention ou d'exception particulier, ce qui permettra au système d'autoriser la demande de paiement.

##### ■ **Principe à respecter**

- Le code d'intervention doit correspondre à **MQ**;  
*Pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière.*

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

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

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

##### ■ **Principe à respecter**

- Le code d'intervention doit correspondre à **MP**;  
*Montant supérieur à 1 000 \$.*

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

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

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

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

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

#### ■ Principe à respecter

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **MA** ou **MB** :

	<b>Valeur</b>
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte .....	<b>MA</b>
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge .....	<b>MB</b>

### 2.3.4.25 Thérapie parentérale

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicament(s) sous la hotte destiné(s) à être administré(s) par une voie parentérale, c'est-à-dire lorsque l'administration du médicament nécessite l'utilisation d'un cathéter ou d'une aiguille pour traverser la peau (à l'exception de l'insuline). Les différents contenants possibles figurent sous différentes appellations dans la section *Fournitures* ou encore dans la liste des véhicules, solvants ou adjuvants de la *Liste des médicaments*. La mise en contenant peut nécessiter une préparation préalable (dilution) du ou des médicaments lorsque la forme pharmaceutique du produit est une poudre injectable.

#### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à T;  
Exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale.
- Le type de service doit correspondre à **A** à **L** :

<b>Description</b>	<b>Type</b>
• Sacs à gravité avec préparation .....	A
sans préparation .....	B
• Sacs pour pompe avec préparation .....	C
sans préparation .....	D

Description	Type
• Cassette 50 ml avec préparation .....	E
sans préparation .....	F
• Cassette 10 ml avec préparation .....	G
sans préparation .....	H
• Perfuseurs élastomériques avec préparation .....	I
sans préparation .....	J
• Seringues avec préparation .....	K
sans préparation .....	L

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

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

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

- **Inscrire pour chaque composante utilisée :**

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

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

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

■ **Remarque**

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

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

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

**Aucuns frais de service ne sont associés à l'exécution ou au renouvellement de l'ordonnance d'une mise en seringue de solution de chlorure de sodium. Les frais de service autorisés sont calculés uniquement à partir des tarifs unitaires des seringues remplies et fournies.**

#### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Q**;  
*Exécution ou renouvellement d'une mise en seringue de chlorure de sodium.*
- Le type de service doit correspondre à **A**;  
*Mise en seringue.*
- Inscrire le code DIN de la solution de chlorure de sodium injectable et le code DIN des seringues utilisées. Si différents types de seringue sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes;
- Inscrire pour chaque composante utilisée le format d'acquisition, la quantité, le coût, la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

#### ■ Remarque

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

### 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, solvants ou adjuvants) 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

- Le code de service doit correspondre à la solution ophtalmique (**R**);
- Le type de service doit correspondre au type **A**;
- Le code DIN du contenant **99100528** qui identifie le nombre d'unités préparées doit être présent;
- Le ou les codes DIN doivent correspondre à ceux des ingrédients identifiés sur la *Demande d'autorisation de paiement*;
- Le ou les codes DIN des véhicules, solvants ou adjuvants doivent correspondre à un produit inscrit à la section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments*;
- Le format d'acquisition, la quantité et le coût demandé ainsi que la source d'approvisionnement et la marge du grossiste, s'il y a lieu, doivent être saisis.
- Les codes DIN de tous les produits de la solution ophtalmique autorisée seront identifiés sur la lettre expédiée à la personne assurée (**Demande d'autorisation de paiement**). Par contre, les véhicules, solvants ou adjuvants ne seront pas indiqués sur la lettre.
- Les codes DIN des véhicules, solvants ou adjuvants facturés doivent être inscrits à la section *Véhicules, solvants, ou adjuvants* de la *Liste des médicaments* pour que la facturation soit acceptée.

- Le service rendu est payable seulement si les produits facturés correspondent aux produits identifiés sur la lettre. Si le pharmacien modifie un des ingrédients, une nouvelle demande d'autorisation du médecin traitant est requise.

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

Cette entente particulière permet au pharmacien d'être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence pour avoir droit au tarif en cours.

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

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

Les frais relatifs à l'exécution d'une ordonnance de contraception orale d'urgence et le coût des médicaments ne sont pas visés par ce programme. Ces frais continuent d'être remboursés par l'assureur de la personne que celle-ci soit assurée par le régime public d'assurance médicaments ou par un assureur privé. Il est à noter que le pharmacien qui a prescrit la contraception orale d'urgence doit exécuter lui-même l'ordonnance.

##### **■ Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **4**;  
*Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.*
- Le code de programme doit correspondre à **04**;  
*Programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence.*
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement;
- Le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la RAMQ « 4XXXXX » du pharmacien qui fait la prescription;
- Le numéro de pharmacien instrumentant correspondant au numéro d'inscription à la RAMQ soit « 4XXXXX », il peut être **identique** au numéro du prescripteur.

#### **2.3.4.29 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles**

Les frais d'emballage sont remboursables lorsqu'une demande de remboursement des frais de transport régulier ou d'urgence a été présentée pour une thérapie parentérale, une solution ophtalmique ou une préparation magistrale non stérile.

Plusieurs préparations peuvent être contenues dans un même paquet. Dans cette situation, un seul coût d'emballage est remboursable.

Le numéro de l'ordonnance doit être le même que celui pour lequel le pharmacien dispensateur fait la demande de paiement en médicament, honoraires et emballage.

##### **■ Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **8**;
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement;

### 2.3.4.30 Transport d'urgence ou d'exception thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile

Le transport d'urgence ou d'exception s'effectue dans la même journée du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés. Il est utilisé dans une des situations suivantes :

- Afin d'assurer la continuité d'un traitement requis pour les premières 24 heures;
- Afin d'assurer la continuité d'un traitement lorsqu'il y a changement de posologie;
- Afin d'assurer la continuité d'un traitement dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le patient;
- Afin de maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures;
- Afin d'assurer la continuité d'un traitement dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur (avec autorisation préalable de la RAMQ).

Si deux ou plusieurs paquets font l'objet d'un même envoi, un seul frais de transport est payable et doit être facturé sous l'un ou l'autre des numéros d'ordonnance.

■ **Principes à respecter**

- Inscrire le code de service :

**Valeur**

- transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile ..... 7

- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.
- Inscrire un des numéros d'ordonnance présents sur le colis. Ce numéro doit être le même que celui qui figure sur la transaction de demande de paiement pour l'exécution ou le renouvellement d'ordonnance.
- Inscrire le montant réel encouru. Pour les montants supérieurs à 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir une autorisation préalable de la RAMQ en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens. Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la RAMQ.
- Inscrire le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance de la préparation stérile, de la solution ophtalmique ou de la préparation magistrale non stérile.
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence :

**Valeur**

- Assurer la continuité d'un traitement - dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le patient ..... **TB**
- Assurer la continuité d'un traitement - pour les premières 24 heures..... **TC**
- Assurer la continuité d'un traitement - lorsqu'il y a changement de posologie . **TP**
- Assurer la continuité d'un traitement - dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur (avec autorisation préalable de la Régie) ..... **TR**
- Maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures ..... **TS**

### 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

- Le code de service doit correspondre à **2**;
- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la RAMQ;
- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement;
- 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.

#### ■ Remarque

S'il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la RAMQ, 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.

### 2.3.4.32 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive

**AVIS** : Cette section est suspendue.

### 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25

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

#### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **G**;
- Inscrire une durée de traitement correspondant au nombre de piluliers servis;
- Inscrire les frais de service selon le nombre de piluliers servis jusqu'au maximum d'honoraires permis.

### 2.3.4.34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale chronique

La règle 25 de l'Entente des pharmaciens prévoit des tarifs calculés sur une base journalière pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

Sont exclus de cette rémunération :

- les médicaments de l'annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlées) lors d'un ajustement de doses;

- les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques);
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) et g) de la règle 19.

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

### **Problème de santé ou condition médicale chronique**

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

#### **■ Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **N**;  
*Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique.*
- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide;

### **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;
- en vertu d'un jugement qui l'ordonne.

Dans les cas de personnes assurées pour lesquelles un médecin a fait une demande écrite au pharmacie justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de sept (7) jours). La condition de la personne assurée doit être réévaluée au moins une fois par année par le médecin traitant. Les conditions suivantes doivent être respectées :

- L'essai du pilulier par la personne assurée ne peut être envisagé ou il s'est avéré infructueux;
- La personne assurée vit seule ou elle cohabite avec une autre personne dont les incapacités sont telles que même l'utilisation d'un pilulier par cette dernière ne peut être envisagée pour la gestion de la médication de la personne assurée. Ce tarif n'est pas applicable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privé pour aînés;
- Un travailleur social ou une travailleuse sociale, un infirmier ou une infirmière est en contact régulier, au moins une fois par mois, avec la personne concernée afin de s'assurer de son état de santé et de sa sécurité et le pharmacien communique avec ce professionnel au moins une fois par mois afin de justifier le maintien de ce service de moins de sept (7) jours.

#### **■ Principes à respecter**

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.

Pour la première ordonnance d'un médicament facturée de moins de sept jours :

- Le code de service doit correspondre à **O**;  
*Exécution ou renouvellement d'une ordonnance.*

Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement de moins de sept jours :

- Le code de service doit correspondre à **6**;  
*Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de sept jours.*

#### 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

- Le code service doit correspondre à **E**;  
*Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive.*

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

La règle 29 de l'Entente des pharmaciens prévoit un tarif particulier lorsque le pharmacien exécute une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes et qu'il supervise la prise du médicament, et ce, qu'il nécessite ou non une préparation magistrale.

Les médicaments facturés, lors de ce traitement, sont des narcotiques, catégorie de médicaments qui ne peuvent être acceptés en renouvellement. Ainsi, la nature doit obligatoirement correspondre à une nouvelle ordonnance et un numéro différent doit être attribué à chaque facturation.

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **J**;  
*Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes.*

	<b>Valeur</b>
• facturation des honoraires payables une seule fois par jour pour la supervision de la prise de médicament.....	<b>A</b>
• facturation des honoraires payables pour la facturation de teneurs différentes de Suboxone .....	<b>B</b>
• facturation des médicament(s) délivré(s) sans honoraires lorsque plus d'une dose quotidienne est requise.....	<b>C</b>
- Inscrire le ou les codes DIN de la Méthadone (chlorhydrate de) ou de la Buprénorphine/naloxone ainsi que le ou les codes DIN des adjuvants utilisés, s'il y a lieu;	
- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellement, car le renouvellement de cette ordonnance <b>n'est pas payable</b> .	
- <b>Inscrire pour chaque composante utilisée :</b>	
• le format d'acquisition;	
• la quantité;	
• le coût;	
• la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.	

##### ■ Particularités

Lorsque la personne détient des privilèges et que plusieurs doses de la même teneur lui sont remises, la quantité totale de ces doses doit être facturée sur la même demande de paiement.

### 2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible

Le système refuse la facturation partielle d'un produit de format indivisible lorsqu'il est fourni sous la forme d'un pilulier (code de service P ou G). Afin de permettre la facturation des produits « Anovulants » dont la quantité facturée est une fraction de la quantité du format, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier.

#### ■ Principes à respecter

- Le codes de service doit correspondre à **P** ou **G**;
  - **P** : médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24;
  - **G** : pilulier selon la règle 25.
- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **PI**;  
*Pour permettre la facturation en piluliers d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format.*

### 2.3.4.38 Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)

Concernant le remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons, certaines clientèles particulières peuvent être exemptées du paiement excédentaire lié à l'application du prix maximum payable (PMP) ou du prix le plus bas (PPB). Pour ce faire, une demande d'exemption du prix maximum payable (formulaire 8500) pour le médicament doit être autorisée par la RAMQ.

Si le code de produit facturé est celui pour lequel une demande d'exemption a été approuvée par la RAMQ, aucun excédent ne sera calculé pour la personne assurée.

Par contre, si le code de produit facturé est différent de celui inscrit sur la demande d'exemption (même dénomination commune) et que la facturation doit être acceptée telle quelle, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier à cette situation.

#### ■ Principes à respecter

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **DQ**;  
*Pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien.*

### 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 au Règlement. Selon 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

- Le code de service doit correspondre à **V**;
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la RAMQ;

#### Pour le traitement de conditions mineures

- Le type de service doit correspondre à **A**;  
*Pour le traitement de conditions mineures.*
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	<b>Valeur</b>
• la rhinite allergique .....	<b>GA</b>
• l'herpès labial .....	<b>GB</b>

	<b>Valeur</b>
• l'acné mineure (sans nodule ni pustule).....	<b>GC</b>
• la vaginite à levure (*).....	<b>GD</b>
• l'érythème fessier.....	<b>GE</b>
• la dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée .....	<b>GF</b>
• la conjonctivite allergique .....	<b>GG</b>
• le muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde.....	<b>GH</b>
• les aphtes buccaux.....	<b>GI</b>
• la dysménorrhée primaire (*) .....	<b>GJ</b>
• les hémorroïdes .....	<b>GK</b>
• l'infection urinaire chez la femme (*) .....	<b>GL</b>

(\*) 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**

- Le type de service doit correspondre à **B**;  
*Pour les cas où aucun diagnostic n'est requis.*
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	<b>Valeur</b>
• la diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation).....	<b>HA</b>
• la prophylaxie du paludisme .....	<b>HB</b>
• supplémentation vitaminique en périnatalité (*).....	<b>HC</b>
• les nausées et vomissements reliés à la grossesse (*).....	<b>HD</b>
• la cessation tabagique (excluant la prescription de la varenicline et du bupropion).....	<b>HE</b>
• 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 (*).....	<b>HF</b>
• pédiculose.....	<b>HG</b>
• prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve.....	<b>HH</b>
• prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque .....	<b>HI</b>
• prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil) .....	<b>HJ</b>

(\*) Les codes **HC**, **HD** et **HF** sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

- Nature/expression de l'ordonnance : **N**
- Type de prescripteur : 56
- N° de prescripteur : 4XXXXX

### 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques

Le pharmacien peut prendre en charge l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, préalablement fournies par le médecin traitant.

La prise en charge se divise en trois catégories de champs thérapeutiques :

Catégorie	Champ thérapeutique
1	Hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)
2	Diabète insulino-dépendant
3	Anticoagulothérapie

Le service comprend une rencontre initiale et par la suite, des rencontres de suivi. Le tarif de ce service est associé au type de service et au nombre de rencontres.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

#### ■ Principes à respecter

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la RAMQ;
- Le code de service doit correspondre à **W**;  
*Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.*
- Inscrire le type de service qui identifie les rencontres initiales, les rencontres de suivi et l'arrêt de prise en charge en tenant compte des catégories de champs thérapeutiques;

#### Catégories 1 et 2

- **A** : Rencontre initiale catégories 1 et 2
- **B** : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 1
- **C** : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 2

#### Catégorie 3

- **D** : Rencontre initiale
- **E** : Prise en charge, montant forfaitaire mensuel

#### Catégories 1, 2 et 3

- **Z** : Arrêt de prise en charge toute catégorie
- Identifier par un code d'intervention le champ thérapeutique (voir le tableau). Lors d'une rencontre initiale pour les catégories 1 et 2, il peut y avoir plusieurs codes d'intervention. Toutefois, pour les rencontres initiales ou de suivi de catégorie 3 ainsi que pour un arrêt de prise en charge, un seul code d'intervention doit être présent :

Catégorie	Code d'intervention	Champ thérapeutique
1	KA	Hypertension artérielle
1	KB	Dyslipidémie
1	KC	Hypothyroïdie
1	KD	Diabète non insulino-dépendant
1	KE	Migraine (traitement prophylactique)
2	KF	Diabète insulino-dépendant
3	KG	Anticoagulothérapie

#### 2.3.4.41 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation

Pour une personne assurée concernée, ce service est payable une seule fois par période de 12 mois, et ce, peu importe le nombre d'ordonnances prolongées.

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

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Z**;  
*Service de l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation.*
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la RAMQ;
- Inscrire un nouveau numéro d'ordonnance pour chaque facturation;
- Service admissible qu'une seule fois par personne assurée, par période de 12 mois pour l'ensemble des pharmacies;
- La durée totale de traitement pour au moins une des ordonnances faisant l'objet du service de prolongation doit être plus grande que 30 jours;  
Par exemple, vous renouvelez trois ordonnances dont les durées de traitement sont :
  - ordonnance 1 : durée de traitement totale de 15 jours;
  - ordonnance 2 : durée de traitement totale de 31 jours;
  - ordonnance 3 : durée de traitement totale de 60 jours.

Si seule l'ordonnance 1 est prolongée, le service de prolongation n'est pas payable.

Dans cet exemple, puisque les ordonnances 2 et 3 sont également prolongées pour des durées de traitement de plus de 30 jours, un seul service de prolongation est payable.

#### 2.3.4.42 Administration d'un médicament aux fins d'enseignement

À compter du 31 octobre 2018, l'activité *Administration d'un médicament aux fins d'enseignement* est rémunérée au pharmacien.

Ce service est couvert pour une personne dont la couverture d'assurance est assumée par le régime public d'assurance médicaments ou par une assurance collective ou un régime d'avantages sociaux. Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

Le paiement du service au pharmacien qui administre un médicament de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire est autorisé si le pharmacien :

- évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament afin de lui en démontrer l'usage approprié pour une auto-administration et qu'il lui fournit l'enseignement approprié;
- s'est assuré, avant d'administrer le médicament, qu'il y a lieu de l'administrer;
- a obtenu le consentement du patient.

■ **Principes à respecter lors de la facturation du service de l'administration d'un médicament aux fins d'enseignement**

- Le prescripteur doit être un pharmacien;
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**);
- Le code de service doit correspondre à **FE** pour l'administration d'un médicament aux fins d'enseignement;
- Le médicament administré doit être de forme injectable;
- Ce tarif est payable une fois par année, par personne assurée, par médicament (par dénomination commune et forme);
- Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

**2.3.4.43 Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement**

À compter du 31 octobre 2018, l'activité *Substitution thérapeutique d'un médicament lors d'une rupture d'approvisionnement* est rémunérée au pharmacien.

Ce service est couvert pour une personne dont la couverture d'assurance est assumée par le régime public d'assurance médicaments ou par une assurance collective ou un régime d'avantages sociaux. Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

Avant de substituer un médicament, le pharmacien doit d'abord s'assurer qu'il ne peut l'obtenir auprès de 2 pharmacies de sa région ni auprès de 2 grossistes reconnus. Si une infolettre proposant une solution de remplacement pour le médicament en rupture d'approvisionnement est publiée par la RAMQ, le pharmacien doit également s'assurer, selon les mêmes conditions, que cette solution de remplacement n'est pas disponible.

Un seul service est payable tant que la rupture d'approvisionnement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec la solution de remplacement déterminée par le pharmacien au moment de la substitution.

Sauf dans les cas où l'opinion vise une modification à la sous-classe thérapeutique du médicament substitué, l'opinion pharmaceutique relative aux conséquences possibles du médicament alternatif ne donne droit à aucun paiement.

■ **Principes à respecter lors de la facturation du service de substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement**

- Le prescripteur doit être un pharmacien;
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N** pour une nouvelle ordonnance écrite;
- Le code de service doit correspondre à **RA** pour la substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement;
- Le DIN du médicament en rupture d'approvisionnement doit être inscrit;
- Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

#### 2.3.4.44 Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée

À compter du 31 octobre 2018, l'activité *Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée* est rémunérée au pharmacien.

Ce service est couvert pour une personne dont la couverture d'assurance est assumée par le régime public d'assurance médicaments ou par une assurance collective ou un régime d'avantages sociaux. Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

Le paiement est autorisé lorsque le pharmacien exécute le service d'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée et qu'il modifie cette dose aux fins énumérées ci-après.

L'ajustement de la forme ou de la quantité d'un médicament prescrit de même que la répartition d'une même dose quotidienne selon une fréquence posologique différente ne donnent droit à aucun paiement. De plus, les opinions pharmaceutiques ou les refus relatifs à l'ajustement réalisé ne donnent droit à aucun paiement.

##### ■ Principes à respecter lors de la facturation du service de l'ajustement de la dose d'un médicament

- Le prescripteur doit être un pharmacien;
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à N pour une nouvelle ordonnance écrite;
- Le code de service doit correspondre à **AD** pour l'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée;
- Le code d'intervention est obligatoire et doit correspondre à l'une de ces valeurs :
  - **JA** : Diminuer les effets indésirables d'un médicament,
  - **JB** : Gérer les interactions médicamenteuses,
  - **JC** : Prévenir la défaillance d'un organe,
  - **JD** : Prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques de la personne assurée,
  - **JE** : Prendre en compte le poids de la personne assurée,
  - **JF** : Améliorer la tolérance de la personne assurée à la thérapie médicamenteuse,
  - **JG** : Corriger une erreur manifeste de dosage;
- Le DIN du médicament ajusté doit être inscrit;
- Une contribution doit être perçue auprès de la personne assurée, le cas échéant.

## 2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ

### 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'autorisation des médicaments et patient d'exception 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 RAMQ 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 Web de la RAMQ. 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

- Le code de programme doit correspondre à **41**;  
*Médicament d'exception.*

### 2.3.5.2 Mesure du patient d'exception

Les exigences de la RAMQ pour la facturation détaillée des ingrédients actifs de la préparation magistrale non stérile ou de la solution ophtalmique selon la mesure du patient d'exception, ainsi que des véhicules, solvants ou adjuvants sont les suivantes.

#### ■ Principes à respecter

- Le code de programme doit correspondre à **40**;  
*Patient d'exception.*
- Lorsque l'ingrédient actif d'une préparation magistrale non stérile et d'une solution ophtalmique autorisé selon la mesure du patient d'exception n'est pas un médicament commercialisé possédant un DIN émis par Santé Canada, le ou les codes de facturation des ingrédients actifs (poudres) seront dorénavant inscrits sur la lettre transmise par la RAMQ à la personne assurée. Ces codes de facturation sont disponibles sous *Codes de facturation – Poudres autorisées* selon la mesure du patient d'exception, à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ.
- Le service rendu est payable seulement lorsque les codes de facturation utilisés correspondent aux produits inscrits sur la lettre expédiée à la personne assurée. Si l'ordonnance est modifiée et que l'un des ingrédients actifs est différent de ceux autorisés, une nouvelle demande d'autorisation du médecin traitant est requise.
- Le format d'acquisition, la quantité et le coût demandé doivent être saisis, ainsi que la source d'approvisionnement et la marge bénéficiaire du grossiste, s'il y a lieu.

### 2.3.5.3 Considération spéciale

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :

- a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;
- b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

La demande de paiement pour un service assuré faisant l'objet d'une considération spéciale sera refusée à moins que le pharmacien n'ait obtenu préalablement une autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite de la RAMQ (voir la section 2.1 *Assistance aux pharmaciens*).

Les modalités d'établissement du coût du médicament ou de la fourniture et celui du service seront déterminées au moment de l'autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite, à la suite de l'expertise d'un pharmacien de la RAMQ.

■ **Principe à respecter**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **CS**;  
*Une préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ.*

**2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée**

Le principe général veut que la RAMQ calcule le montant de la contribution à percevoir de la personne assurée pour une ordonnance de longue durée (durée de traitement supérieure à 31 jours) proportionnellement au nombre de périodes de 31 jours incluses dans la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement.

Si le pharmacien a des raisons de croire que la méthode de calcul est inadéquate pour une ordonnance donnée, il peut communiquer avec la RAMQ afin de vérifier si une autorisation peut être accordée en vue de modifier exceptionnellement les modalités du calcul de la contribution à prélever.

Sur autorisation préalable de la RAMQ après appréciation de la situation particulière, une seule contribution mensuelle sera perçue en utilisant le code d'intervention et d'exception approprié.

■ **Principes à respecter**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **DN**;  
*Ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ.*

**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 de 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 RAMQ 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 pas 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-œsophagien;
- Ulcère gastrique ou duodéal;
- 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.

#### 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 justificatif	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
Aucun code	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation,</li><li>• avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien;</li><li>• Helicobacter pylori positif;</li><li>• Ulcère gastrique ou duodéal.</li></ul>	90 jours consécutifs ou non consécutifs par période de 12 mois

Code justificatif	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
PP12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens;</li> <li>• Prophylaxie cytoprotectrice;</li> <li>• Grossesse;</li> <li>• Port d'une sonde naso-gastrique ou gastrojéjunale;</li> <li>• Syndrome de l'intestin court.</li> </ul>	12 mois
PP205	<p>Lorsque les symptômes de reflux gastro-oesophagien 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 lors de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP;</li> <li>• Gastroentérite éosinophilique;</li> <li>• Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien;</li> <li>• Gastroentérite éosinophilique;</li> <li>• Œsophage hypersensible;</li> <li>• Symptômes extradiigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP.</li> </ul>	12 mois
PP999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anneau de Schatzki;</li> <li>• Ectasie vasculaire antrale;</li> <li>• Fuite de liquide gastrique autour du site péristomal à la suite d'une gastrostomie;</li> <li>• Maladie de Crohn, atteinte du tube digestif supérieur;</li> <li>• Œsophage de Barrett</li> <li>• Œsophagite à éosinophiles;</li> <li>• Œsophagite érosive récidivante;</li> <li>• Prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique;</li> <li>• Sténose peptique de l'oesophage;</li> <li>• Syndrome de Zollinger-Ellison;</li> <li>• Ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'helicobacter pylori ou de prise d'anti-inflammatoires;</li> <li>• Ulcères de Cameron;</li> <li>• Ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'oesophage.</li> </ul>	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 et transmis dans le champ « Code justificatif pour une mesure administrative » lors de chaque transaction :
  - **PP12** ou **PP205** ou **PP999**
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N** (nouvelle ordonnance écrite), à **V** (nouvelle ordonnance verbale), à **S** (renouvellement d'ordonnance écrite ou à **R** (renouvellement d'ordonnance verbal).

**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; Personnes atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance d'antidiabétiques ne comprenant pas de sulfonylurée, de répaglinide ou d'insuline.
400 bandelettes	Personnes atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance de sulfonylurée ou de répaglinide, mais ne recevant pas d'insuline.
3 000 bandelettes	Personnes traitées à l'insuline, diabétique ou non.

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 RAMQ 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 :

- 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 hyper-glycémifiants;

- 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).

D'autres situations cliniques particulières ont été ajoutées pour les personnes ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans une situation clinique à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves. Ces situations sont les suivantes :

- cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou de la catégorie des erreurs innées du métabolisme, d'un trouble de la néoglucogénèse ou d'une autre maladie métabolique avec atteintes sévères affectant les réserves de glucose et requérant un ajustement de l'alimentation en fonction de la mesure de glycémie, par exemple : maladie de surcharge glycogénique, trouble de la cétogénèse, fructosémie congénitale, galactosémie congénitale, myopathie mitochondriale;
- cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou acquise caractérisée par de l'hyperinsulinisme, par exemple : hyperinsulinisme congénital, syndrome d'hyperinsulinisme et d'hyperammoniémie, insulinome, nésioblastose, syndrome hypoglycémique auto-immun, tumeur extra-pancréatique induisant l'hypersécrétion de facteurs hypoglycémisants;
- cas en investigation ou confirmé d'une maladie endocrinienne congénitale ou acquise caractérisée par un déséquilibre ou une déficience en hormones participant à la régulation de la glycémie, par exemple : maladie congénitale des surrénales, insuffisance surrénalienne, hypopituitarisme, syndrome de Cushing;
- cas en investigation ou confirmé du syndrome de chasse entraînant des hypoglycémies postprandiales malgré un régime adapté;
- cas relatif à la prise d'un médicament modulant l'action d'hormones hypo- ou hyperglycémisantes sur une base régulière et ayant un historique d'hypoglycémies soutenues et documentées objectivement.

**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.

Dans les situations exceptionnelles suivantes, le système de communication interactive en pharmacie ne trouve pas d'historique de consommation et refuse toute demande de remboursement de plus de 200 bandelettes :

- la personne reçoit de l'insuline en établissement;
- la personne utilise de l'insuline qui n'est pas couverte par le régime public d'assurance médicaments;
- la personne passe d'un régime privé d'assurance au régime public d'assurance médicaments.

Pour tenir compte de cette situation, la RAMQ a créé deux nouveaux codes à inscrire sur la transaction de bandelettes sans historique de consommation, soit :

- Le code BI qui permet un cumul jusqu'à 400 bandelettes pour une période de 365 jours pour la personne assurée qui a reçu un service de sulfonylurée ou de répaglinide;
- Le code BM qui permet un cumul jusqu'à 3 000 bandelettes pour une période de 365 jours pour la personne assurée qui a reçu de l'insuline;
- Les codes BI et BM sont fonctionnels depuis le 23 mai 2018.

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

### Formats particuliers de bandelettes

La plupart des formats de bandelettes inscrits à la Liste des médicaments correspondent à des multiples de la limite permise de remboursement. Toutefois, des formats de 51 et de 102 bandelettes sont également disponibles.

Lorsque, au cours d'une période de référence donnée, une personne assurée reçoit un format régulier et un format irrégulier de bandelettes, le message LQ informe le pharmacien que le nombre de bandelettes restantes est inférieur à celui du format régulier.

#### ■ Principes à respecter

- La bandelette doit être un réactif quantitatif du glucose dans le sang;
- Le code d'intervention ou 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'intervention ou 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'intervention ou 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;
- Le code justificatif **BLND** est requis pour accorder le remboursement des bandelettes pour les personnes ne souffrant pas de diabète.

Code d'exception	Supplément de bandelettes
<b>BE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires par période de 365 jours pour les situations cliniques particulières;</li><li>• Sont exclues : les conditions où une limite de 3 000 bandelettes est permise.</li></ul>
<b>BG</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet le remboursement de 3 000 bandelettes par période de 365 jours aux femmes enceintes atteintes de diabète.</li></ul>
<b>BD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours sur demande justifiée du professionnel de la santé impliqué dans le suivi.</li></ul>
<b>BI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 400 lorsque la personne passe d'un régime privé au régime public par période de 365 jours;</li><li>• Le code doit être inscrit une fois par période de référence.</li></ul>
<b>BM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 3 000 lorsque la personne :<ul style="list-style-type: none"><li>- passe d'un régime privé au régime public;</li><li>- reçoit de l'insuline en établissement;</li><li>- utilise de l'insuline qui n'est pas couverte par le régime public;</li></ul></li><li>• Le code doit être inscrit une fois par période de référence.</li></ul>

Code d'exception	Supplément de bandelettes
BLND	<ul style="list-style-type: none"><li>Le code justificatif BLND a été créé pour permettre le remboursement des bandelettes pour les personnes ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans une situation clinique à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves;</li><li>Le code justificatif BLND doit être inscrit sur l'ordonnance par le médecin traitant pour que le pharmacien puisse transmettre la demande. Le prescripteur doit s'assurer que la condition de son patient correspond à l'une des situations cliniques décrites ci-dessus pour inscrire le code BLND sur une ordonnance de bandelettes. Le code est valide pour toute la durée de l'ordonnance et ne limite pas la quantité de bandelettes remboursables.</li><li>Les codes d'exception BE, BD et BG ne peuvent être utilisés lorsque le code justificatif BLND est inscrit sur une ordonnance.</li></ul>

### 2.3.6.3 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)

Nouveau Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive), entré en vigueur le 15 décembre 2017.

Depuis le 15 décembre 2017, toute personne assurée dûment inscrite à la RAMQ qui réside ou séjourne au Québec et qui détient une ordonnance d'un médecin ou d'un résident en médecine en vue de l'interruption volontaire médicamenteuse d'une grossesse intra-utérine peut bénéficier du Programme.

Elle doit présenter une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité valide.

La personne assurée est exemptée du paiement de toute contribution pour les services reçus en vertu de ce programme.

Une personne âgée d'au moins 14 ans, mais de moins de 18 ans qui consent seule aux services assurés par le Programme, conformément aux dispositions du Code civil, peut bénéficier du Programme même si elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide. Dans ce cas, le pharmacien doit communiquer avec le *Centre de support aux pharmaciens* afin d'identifier la personne, conformément à la section 1.3 *Identification de la personne assurée* du *Manuel des pharmaciens*.

Toute personne de 18 ans et plus qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer le tarif des services reçus; par la suite, elle peut demander le remboursement à la RAMQ au moyen du formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

#### ■ Principes à respecter

Le pharmacien peut effectuer une consultation pharmaceutique auprès de la personne assurée qui bénéficie du Programme. À cet effet, un nouveau code de service CP a été ajouté.

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- Le code de service doit correspondre à **CP** : consultation pharmaceutique;
- **Le code de programme doit correspondre à 09;**  
*Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive).*

- Deux médicaments sont couverts par le Programme :
  - le mifépristone/misoprostol, 200 mg – 200 mcg (Mifegymiso<sup>MC</sup>);
  - le dimenhydrinate, comprimés, liquide ou suppositoires.  
Le dimenhydrinate est couvert pour une période maximale de 15 jours à partir de la première facturation avec le code de programme 09.
- Le prescripteur doit être un pharmacien;
- Le code du sexe doit être égal à **F** (féminin);
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire;
- Le nombre de renouvellement doit être égal à 0;
- Aucun médicament, format d'acquisition, quantité, ni source d'approvisionnement ne doivent être facturés.

■ **Remarque**

Les services professionnels suivants **sont également remboursables en présence du code de programme 09** :

- Refus d'exécution d'une ordonnance (code de service 1);
- Opinion pharmaceutique (code de service 3);
- Service sur appel (code de service A).

■ **Particularités**

**Mifépristone/Misoprostol, 200 mg – 200 mcg (Mifegymiso<sup>MC</sup>)**

- le code de service doit correspondre à **O** pour la trousse orale solide de Mifegymiso<sup>MC</sup>;  
**O** : *exécution d'une nouvelle ordonnance.*
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- le code de programme doit correspondre à **09**;
- prescripteur doit être un médecin ou un résident en médecine;
- le code du sexe doit être égal à **F** (féminin);
- le nombre de renouvellement doit être égal à 0, car tout renouvellement d'ordonnance est refusé.

**Dimenhydrinate, comprimés, liquide ou suppositoires**

- le code de service doit correspondre à **O** pour le médicament dimenhydrinate;  
**O** : *exécution d'une nouvelle ordonnance.*
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- le code de programme doit correspondre à **09**;
- prescripteur doit être un médecin ou un résident en médecine;
- le code du sexe doit être égal à **F** (féminin);
- le nombre de renouvellement doit être égal à 0, car tout renouvellement d'ordonnance est refusé.

Le prix payable pour le mifépristone/misoprostol est présenté dans le tableau suivant. La marge bénéficiaire du grossiste est applicable, le cas échéant.

**Mifépristone/Misoprostol (Mifegymiso<sup>MC</sup>)**

Forme	Teneur	Code de facturation	Prix payable
Trousse (orale solide)	200 mg – 200 mcg	02444038	300,00 \$ par trousse

Le prix maximal remboursable pour le dimenhydrinate est présenté dans le tableau suivant. Il est basé sur le prix d'acquisition du médicament par le pharmacien, qui inclut une marge bénéficiaire maximale du grossiste de 6,5 %, le cas échéant. Il ne peut cependant excéder le prix maximal remboursable auquel s'ajoute la marge bénéficiaire du grossiste, le cas échéant.

**Dimenhydrinate – Prix maximal remboursable**

Forme	Teneur	Code de facturation	Prix maximal
Comprimés	50 mg	99101423	0,1500 \$ par comprimé
Comprimés longue action	100 mg	99101422	0,3538 \$ par comprimé
Liquide	15 mg/5 ml	99101420	0,0765 \$ par ml
Suppositoires	50 mg	99101419	0,6260 \$ par suppositoire
Suppositoires	100 mg	99101418	0,6260 \$ par suppositoire

Aucun excédent ne peut être facturé à la personne assurée même si le prix d'acquisition excède le prix maximal remboursable établi aux fins du Programme. La RAMQ rembourse le montant demandé jusqu'au prix maximum unitaire établi.

**2.3.6.4 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures**

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à la Régie la gestion du nouveau Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures pour faciliter l'accès à la naloxone dans le but d'intervenir rapidement chez une personne victime d'une surdose d'opioïdes.

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du programme doit résider au Québec, ou y séjourner, et être dûment inscrite à la Régie. Elle doit présenter au pharmacien une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Dans certaines circonstances particulières, le pharmacien peut être rémunéré par la Régie pour un service fourni à une personne qui n'a pas présenté une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide, notamment :

- si la personne était dans un état requérant des soins urgents;
- si la personne est un mineur de 14 ans ou plus qui reçoit des services assurés auxquels elle consent seule, conformément aux dispositions du Code civil;
- si la personne est un sans-abri;
- si la personne est un citoyen d'une autre province canadienne ou d'un territoire, un ressortissant étranger, un touriste, un visiteur ou de passage au Québec pour se rendre vers une autre province, un autre territoire ou un autre pays et qu'elle présente une pièce d'identité, dont un passeport.

#### 2.3.6.4.1 Information générale pour toutes les réclamations du Naloxone

Afin que la RAMQ rembourse la naloxone et ses fournitures, le pharmacien doit soumettre, le cas échéant, une demande de paiement par service :

- Exécution d'une ordonnance pour la naloxone;
- Exécution d'une ordonnance pour la seringue avec aiguille jetable rétractable;
- Exécution d'une ordonnance pour l'ensemble de tampons alcoolisés et gants;
- Enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone.

Pour chacun des services le code de programme est obligatoire :

- code de programme naloxone avec particularité **K : 8K**  
*Médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes.*
- code de programme naloxone avec particularité **L : 8L**  
*Médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes.*
- le numéro d'ordonnance est obligatoire;
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- la durée de traitement doit être différente de 0 (zéro).
- le code de service et le code de facturation du médicament ou des fournitures doivent être saisis sur chaque demande de paiement, selon le service rendu.

#### 2.3.6.4.2 Informations spécifiques pour toutes les réclamations de la naloxone

##### Exécution d'une ordonnance pour la naloxone

###### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O**;  
*exécution d'une nouvelle ordonnance.*
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation de la naloxone injectable doit correspondre à **02455935** ou **02453258**;
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation de la naloxone injectable doit correspondre à **99101410** ou **99101411**.

##### Exécution d'une ordonnance pour la seringue avec aiguille jetable rétractable

###### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **F** :  
*fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues de chlorure de sodium préremplies.*

- En présence du code de programme **8K** ou **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101335** pour la seringue avec aiguille jetable rétractable et sera remboursée au prix réel d'acquisition.

#### Exécution d'une ordonnance pour l'ensemble de tampons alcoolisés et gants

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Y** :  
*fourniture sans honoraires – masque, tampons alcoolisés et gants.*
- En présence du code de programme **8K** ou **8L**, les tampons et les gants doivent être facturés avec le code de facturation **99101406** et seront remboursés au prix réel d'acquisition.

#### Enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **EN** :  
*enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone.*
- L'enseignement doit être facturé avec le code de programme **8K** ou **8L**;
- Aucun DIN n'est requis;
- Le prescripteur doit correspondre au pharmacien;
- Le service de l'enseignement **EN** est payable une seule fois par personne, par pharmacie, par période de 365 jours.

#### Exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Vaporisateur nasal Narcan<sup>MC</sup>

##### ■ Principes à respecter (depuis le 9 mai 2018)

- Le code de service doit correspondre à **O** :  
*exécution d'une nouvelle ordonnance.*
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation doit correspondre à **02458187** pour la naloxone – Vaporisateur nasal Narcan<sup>MC</sup> pour un utilisateur.
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101434** pour la naloxone – Vaporisateur nasal Narcan<sup>MC</sup> pour une tierce personne.

#### Exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable

La trousse préassemblée contient deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable et des fournitures nécessaires à son administration.

Ainsi, si le pharmacien facture une trousse préassemblée, il doit facturer uniquement la trousse. Les fournitures requises, tout comme la naloxone en solution injectable, ne doivent pas être facturées séparément, car elles sont incluses dans la trousse.

##### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O** :  
*exécution d'une nouvelle ordonnance.*
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation doit correspondre à **99101443** pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour un utilisateur;
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101444** pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour une tierce personne.

### Exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone

#### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Y** :  
*fourniture sans honoraires – masque, tampons alcoolisés et gants, trousse préassemblées.*
- En présence du code de programme **8K** ou **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101461** pour la trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone.

### Exécution d'une ordonnance pour le masque barrière à utilisation unique

#### ■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Y** :  
*fourniture sans honoraires – masque, tampons alcoolisés et gants, trousse préassemblées.*
- En présence du code de programme **8K** ou **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101446** pour le masque barrière à utilisation unique.

### Enseignement des notions de base sur la naloxone

Les modalités prévues pour l'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone sont les mêmes pour le vaporisateur nasal que pour la solution injectable.

#### ■ Principes à respecter

- Un seul enseignement peut être payé par période de 365 jours, par pharmacie, pour une même personne, peu importe qu'il soit consécutif ou non à un service relatif à l'émission de naloxone en solution injectable ou en vaporisateur nasal.

### Prix payable pour les trousse préassemblées et le masque barrière à utilisation unique

Les trousse préassemblées et le masque barrière à utilisation unique sont remboursés au prix réel d'acquisition, jusqu'à concurrence du prix maximal remboursable. À ce coût peut s'ajouter une marge bénéficiaire du grossiste maximale de 6,5 %. Lorsque le prix d'acquisition excède le prix maximal remboursable du médicament établi par le ministre aux fins du Programme, l'excédent ne peut être facturé à la personne qui bénéficie du Programme.

#### Prix maximal remboursable

Produit	Prix payable
Trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable.	31,00 \$ par unité
Trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone.	17,00 \$ par unité
Masque barrière à utilisation unique.	5,00 \$ par unité

Tableaux des produits couverts par le programme Naloxone

Code de programme	Code de service	Médicament ou fourniture	Marque de commerce	Facturation	Format	Quantité maximale par service
8K (utilisateur)	0	Naloxone (chlorhydrate de)	Chlorhydrate de naloxone injectable	02453258	1 ml	8 formats
		Solution injectable 0,4 mg/mL	S.O.S Naloxone Hydrochloride injection	02453258		
		Naloxone (chlorhydrate de)	Vaporisateur nasal Narcan <sup>MC</sup>	02458187	2 vaporisateurs	4 formats
		Vaporisateur nasal 4 mg/0,1 ml				
		Trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable		99101443	1 trousse	4 trousse
8L (pour tierce personne)	0	Naloxone (chlorhydrate de)	Chlorhydrate de naloxone injectable	99101411	1 ml	8 formats
		Solution injectable 0,4 mg/mL	S.O.S Naloxone Hydrochloride injection	99101410		
		Naloxone (chlorhydrate de)	Vaporisateur nasal Narcan <sup>MC</sup>	99101434	2 vaporisateurs	4 formats
		Vaporisateur nasal 4 mg/0,1 ml				
		Trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour tierce personne		99101444	1 trousse	4 trousse

Code de programme	Code de service	Médicament ou fourniture	Marque de commerce	Facturation	Format	Quantité maximale par service
8K et 8L	F	Seringue avec aiguille jetable rétractable		99101335	3 cc	8 formats
		Ensemble de 4 tampons alcoolisés et 2 gants		99101406	1	4 formats
	Y	Trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone		99101461	1 trousse	4 trousses
		Masque barrière à utilisation unique		99101446	1 masque	4 formats
	EN					1 par personne, par pharmacie, par période de 365 jours

### 2.3.7 Réponse à une transaction de demande de paiement

Pour chaque demande de paiement transmise à la RAMQ, 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 *Reçu de la personne assurée*).

Les renseignements transmis par la RAMQ sont les suivants :

- la date à laquelle la RAMQ a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la RAMQ;
- le numéro de référence émis par la RAMQ 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 autorisé de la marge grossiste selon le cas échéant;
- les frais de service professionnel acceptés (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 RAMQ pour le service et le médicament ou la fourniture.

## 2.4 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien

---

La transaction d'annulation permet d'annuler une demande de paiement qui a été auparavant autorisée par la RAMQ. Cette transaction est utilisée lorsqu'un service pharmaceutique n'est pas rendu à la suite de l'autorisation par la RAMQ. Il en est de même lorsqu'une erreur est détectée par le pharmacien à la lecture de la réponse transmise par la RAMQ après l'autorisation de la demande de paiement ou lors de la conciliation en pharmacie des transactions effectuées avec la RAMQ.

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 14 jours, 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 RAMQ 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 RAMQ 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 RAMQ, une réponse est retournée en mode interactif à la pharmacie. La réponse contient les éléments d'information nécessaires pour déterminer les frais de service et le coût du médicament ou de la fourniture inscrits sur la demande de paiement annulée par la RAMQ. De plus, elle comprend les montants de contribution que la RAMQ 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 RAMQ sont les suivants :

- la date à laquelle la RAMQ 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 RAMQ;
- le numéro de référence émis par la RAMQ 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;
- les frais de service professionnel initialement autorisés 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 RAMQ 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 RAMQ. Cela permet de détecter 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 quatorze 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 RAMQ 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 quatorze derniers jours civils.**

Donc, pour obtenir le détail complet d'une journée où une pharmacie aurait effectué 500 transactions avec la RAMQ, 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.

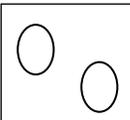
À noter qu'il y a **deux types de transaction d'annulation**. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

**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 RAMQ, 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: 123 456-7890		
PATIENT T:	NOM, PRÉNOM Adresse ligne 1 Adresse ligne 2			
QUANTITÉ / NUMÉRO RX 999.9 123456789	MÉDICAMENT / PRESCRIPTEUR NOM_MÉDICAMENT DR NOM, PRÉNOM	DIN 12345678		
SERVICE COUVERT PAR : COÛT DE L'ORDONNANCE: MONTANT ASSURÉ:	RAMQ 00,00 00,00			
<b>COÛT DU MÉDICAMENT : <sup>1</sup></b>	00,00			
<b>MONTANT MARGE DU GROSSISTE : <sup>2</sup></b>	00,00			
<b>HONORAIRES DU PHARMACIEN :</b>	00,00			
EXCÉDENT NON ASSURÉ : <sup>3</sup>		00,00		
CONTRIBUTION DE L'ASSURÉ				
FRANCHISE : <sup>4</sup>	00,00			
COASSURANCE : <sup>4</sup>	00,00	TOTAL CONTRIBUTION : <sup>4</sup> 00,00		
MONTANT PAYÉ PAR ASSUREUR : <sup>4</sup>	00,00			
<b>TOTAL À PAYER :</b>		00,00		
PÉRIODE		CUMUL DES CONTRIBUTIONS		
AN	MOIS	COÛT PAR PÉRIODE <sup>4</sup>	PAYÉES À CE JOUR <sup>4</sup>	RÉSIDUEL PÉRIODE <sup>4</sup>
2017	AVRIL	00,00	00,00	00,00
MESSAGE LIGNE 1 :				
MESSAGE LIGNE 2 :				
MESSAGE LIGNE 3 :				
NUMÉRO DE RÉFÉRENCE :		123456		
DATE DU SERVICE :		2017-08-01		

SPÉCIMEN

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 du médicament
  - 5.2 le montant de la marge grossiste, le cas échéant
  - 5.3 les honoraires du pharmacien
  - 5.4 le montant assuré par la RAMQ, s'il y a lieu
  - 5.5 l'excédent non assuré par la RAMQ et assumé par la personne assurée, s'il y a lieu
  - 5.6 le montant payé par la RAMQ (montant assuré par la RAMQ - 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 RAMQ
9. la date d'obtention du service
10. total à payer (excédent non assuré + contribution à payer)

---

## 2.8 Codes, 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. Les mesures sont précisées sous le libellé du message.

---

### 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 :
  - 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.
2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.

---

### 04 NO de développeur de logiciel en erreur (◆)

1. Le **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 6 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la RAMQ 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.

---

**23** Numéro de contrôle externe en erreur (◆)

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

1. Vérifier que le **code de programme** est égal à l'une des valeurs suivantes :
  - programme **ITSS** avec particularité (traitement d'une personne atteinte de ITSS) = **1K**;
  - programme **ITSS** avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de ITSS) = **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**.
  - programme naloxone avec particularité K (médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes) = **8K**
  - programme naloxone avec particularité L (médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes) = **8L**
  - interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) = **09**

Voir sections :

- 2.3.4.15 *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS*;
- 2.3.4.16 *Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose*;
- 2.3.5.1 *Médicament d'exception*;
- 2.3.5.2 *Mesure du patient d'exception*;
- 2.3.4.28 *Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence*; et
- 2.3.4.17 *Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie*.

---

**32** Numéro de la personne assurée en erreur

1. Si le **numéro d'assurance maladie (NAM)** figure sur la demande de paiement :
  - 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.

2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas sur la demande de paiement :
- 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;

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.

**OU**

- 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).

Voir section 1.3 *Identification de la personne assurée*.

---

**34** Date de naissance en erreur

1. La **date de naissance** est obligatoire.
2. Si elle est inscrite sur la demande de paiement, vérifier si elle est :
  - 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

1. Le **lien de parenté** est obligatoire.
2. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :
  - détenteur de carte (valeur par défaut) = 0;
  - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = 2.

Voir section 2.3.3. *Données de facturation - cas régulier - section C*.

---

**37** Prénom de la personne en erreur

1. Le **prénom** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.

---

**38** Nom de la personne en erreur

1. Le **nom** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.

**40** Code du sexe de la personne en erreur

1. Le **sexe** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :
    - Féminin = F;
    - Masculin = M.
  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.
  3. En présence du code de service V et d'un 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.
  4. En présence du code BG (femme enceinte diabétique - Limite autorisée de 3 000), le code de sexe doit être F (féminin).
  5. En présence du code de programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) = 09, le code de sexe doit correspondre à F (féminin).
- 

**52** Nature de l'ordonnance en erreur

1. La **nature de l'ordonnance** est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : 1, 3, S, 4, 7, A 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 : N, V, S et R.  
*Voir section 2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel - section D.*
  2. La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service V, W, Z, AD, FE ou RA.
- 

**54** Nombre de renouvellements en erreur

1. En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).
- 

**55** Numéro d'ordonnance en erreur

1. Le **numéro d'ordonnance** est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement.
2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.

**56** Code de produit en erreur pour le DIN \*\*\*\*\*

1. Le **code de produit (DIN)** est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : 2, 3, 4, 5, 7, 8, EN, CP, 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 *Liste des médicaments*.

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel* - section D.

2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41);
  - 2.1. Vérifier le **code de produit (DIN)** autorisé par la RAMQ pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.

**OU**

- 2.2. Informer la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la RAMQ et que son médecin doit en faire la demande à la RAMQ.
3. Vérifier si le **format d'acquisition** correspondant au **code de produit (DIN)** inscrit sur la demande de paiement figure dans la *Liste des médicaments*.
  - 3.1. S'il s'agit d'un médicament de la mesure du patient d'exception, le format d'acquisition doit être égal à 0.

---

**57** Code de service en erreur

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 *Manuel des pharmaciens*.

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel* - section D.

2. Le code de service doit être valide à la date de service de la réclamation.

---

**58** Quantité en erreur pour le DIN \*\*\*\*\*

1. Lorsqu'un code de produit (DIN) est inscrit sur la demande de paiement, la **quantité doit être supérieure à zéro**.

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel pour la description des codes de service*.

2. Lorsque le pharmacien facture le format complet du contraceptif oral d'urgence (code d'intervention ou d'exception = PL), la quantité réclamée ne doit pas excéder la quantité du format du médicament.
3. Lorsque le code de programme **8K** ou **8L** est présent sur la demande de paiement et que le code d'intervention ou d'exception **MS** est absent, la quantité facturée doit être égale ou inférieure à la quantité maximale journalière permise, et ce, peu importe la durée du traitement inscrite sur la demande de paiement.
4. Les frais de service calculés par le système sont égaux ou inférieurs à 999,99 \$
5. En présence du code de service 1, 3, 4, 7, 8, A, AD, CP, EN, FA, RA, S, V, W, Z, la quantité doit être égale à 0, car le DIN n'est pas obligatoire ou n'est pas exigé.

**59** Durée du traitement en erreur

1. La durée du traitement doit être supérieure à zéro et inférieure à 366 jours, sauf pour les codes de service;
  2. **Code de service P** – médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 :
    - La durée de traitement est plus petite ou égale à 28 jours,  
ou
    - La durée de traitement est supérieure à 28 jours et présence d'une autorisation PILD (pilulier de longue durée) ou du code d'intervention/exception **CS**;
  3. **Code de service Z** – Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation :
    - La durée du traitement doit être supérieure à 30 jours et inférieure à 366 jours;
  4. **Code de service 6** – Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours selon la règle 25 :
    - La durée du traitement doit être inférieure à 7 jours et supérieure à 0,
    - Depuis le 30 janvier 2019, si l'ordonnance est fractionnée pour une période de 7 jours ou plus, le code d'intervention **CV** doit être ajouté (pour modifier la durée de traitement de l'ordonnance prescrite à la baisse lorsqu'une personne assurée présente un danger suicidaire);
  5. Pharmacothérapie initiale (code d'intervention/exception MT) :
    - En présence d'une nouvelle ordonnance (nat./exp. = N ou V), la durée du traitement doit être égale à 7 jours,
    - En présence d'un renouvellement d'ordonnance (nat./exp. = S ou R), la durée du traitement doit être supérieure ou égale à 21 jours;
  6. Code de programme 8K ou 8L (programme de gratuité de la naloxone) :
    - La durée du traitement doit être présente et différente de 0;
  7. Codes de service FE, RA, AD :
    - Depuis le 31 octobre 2018, la durée de traitement doit être égale à 0.
- Voir la description des codes de service à la section 2.3.3.2.

---

**60** Type de prescripteur en erreur

1. Le **type de prescripteur** est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :
  - médecin du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ 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 RAMQ (55);
  - pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ (56);
  - infirmier du Québec (57);

- diététiste (58);
- inhalothérapeute (59);
- prescripteur hors du Québec non inscrit à la RAMQ (99).

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel*.

---

**61** NO ou nom de prescripteur invalide

1. Le **numéro du prescripteur (6 chiffres)** est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
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.

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel* - section D.

---

**62** Code de sélection en erreur

1. Vérifier si le **code de sélection** inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes :
    - choix du prescripteur de ne pas substituer = 1;
    - choix du pharmacien de remettre un médicament équivalent = 3;  
« à blanc » = tel que présent;
    - (NPS A)\* Allergie documentée = A;
    - (NPS B)\* Intolérance documentée = B;
    - (NPS C)\* Forme pharmaceutique essentielle = C.
- 

**63** Type de service en erreur

1. Vérifier si le **type de service** inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues.

Voir sections :

- 2.3.4.1 *Médicament magistral*;
  - 2.3.4.25 *Thérapie parentérale*;
  - 2.3.4.26 *Mise en seringue de solution de chlorure de sodium*;
  - 2.3.4.27 *Préparation de solution ophtalmique*;
  - 2.3.4.36 *Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes*;
  - 2.3.4.39 *Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament ou*;
  - 2.3.4.40 *Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques*.
- 

**64** Un seul code d'intervention est requis avec ce code et/ou type de service

1. Vérifier la présence d'un seul code d'intervention sur la demande de paiement pour les codes de service V et W.

Voir sections 2.3.4.39 *Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament* et 2.3.4.40 *Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques*.

---

**65** Code d'intervention/exception en erreur ou non permis : \*\*

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.  
*Voir section 2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel.*
2. Lorsque le médicament est un anovulant transmis en pilulier (code de service P ou G), vérifier que le code d'intervention ou d'exception correspond à PI (Pilulier indivisible).  
*Voir section 2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.*
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.
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 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments.*
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).
8. Mesure administrative – IPP (classe 56:28.36)  
Lorsque le code d'intervention IP est présent sur la réclamation, le médicament doit être un IPP avec un code justificatif inscrit dans le champ « Code d'indication reconnue ».
9. Programme de la naloxone (8K et 8L)  
En présence de l'un des codes de programme 8K ou 8L, seuls les codes d'intervention/exception suivant sont permis :
  - MK (pour générer un NAM temporaire dans le cadre d'un programme de gratuité);
  - MS (pour permettre le dépassement de la quantité maximale par service).
10. En présence des codes de service AD (ajustement de la dose) ou F (fournitures de seringues), le code d'intervention est obligatoire.

---

**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 *Tarif*.

---

**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. Le code d'indication reconnue doit être valide à la date de service.
- 

**80** Le nombre de DIN réclamés est incompatible pour ce code de service

1. Les codes de service suivants exigent la facturation de deux produits ou plus : I, J, K, M1, M2, M3, Q, R, T.

Voir la description des codes de service à la section 2.3.3.2.

---

**81** Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé.
  2. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour le code de service M (fin le 30 octobre 2018) :
    - 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.
  3. Depuis le 31 octobre 2018 :
    - En présence des codes de service **M1, M2, M3**, les médicaments doivent être permis selon le type de préparation magistrale facturée.
- 

**82** DIN \*\*\*\*\* déjà transmis sur la même demande de paiement

1. 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 \*\*\*\*\*
1. 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.
  2. Demande paiement transmise avec un médicament d'exception (groupe bénéfiques 41) et réclamée avec un code d'intervention reconnue valide et non permis à la date de service.
  3. Demande paiement transmise avec un médicament de la classe AHFS 56:28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et réclamé avec un code justificatif IPP (PP12, PP205 ou PP999) valide et non permis à la date de service.
- 
- 84** L'autorisation a pris fin le SSAAMMJJ, traitement non répétitif
1. Il s'agit d'un médicament d'exception autorisé pour une période limitée en vertu de l'indication de paiement en vigueur. L'autorisation ne peut donc pas être renouvelée. La personne assurée pourra vérifier auprès du prescripteur quelle démarche conviendra le mieux à sa situation.
- 
- 85** Âge non permis pour le code d'indication reconnue. DIN \*\*\*\*\*
1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation selon l'âge de la personne assurée. En fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée dont l'âge est différent de celui permis sera rejetée.
- 
- 86** Le DIN identifiant le nombre d'unités préparées est absent
1. Sur une demande de paiement, le DIN identifiant le nombre d'unités préparés doit être présent.  
Voir la description des codes de service à la section 2.3.3.2.
- 
- 87** Sexe non permis pour le code d'indication reconnue. DIN \*\*\*\*\*
1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation seulement à l'un des deux sexes (homme ou femme). Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée de sexe différent de celui permis sera rejetée.
- 
- 88** Nombre maximal d'autorisations dépassé pour le code d'indication reconnue
1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée 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
1. 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 (◆)
1. La **date de transaction** est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. 160701.
  2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
- 
- 91** Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)
1. Vérifier si le **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 RAMQ, 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.
- 
- 95** Date de rédaction de l'ordonnance en erreur
1. Le message d'erreur indique que le format de la date de rédaction de l'ordonnance est invalide. Elle doit respecter le format suivant : SSAA-MM-JJ.
- 
- 96** Marge bénéficiaire du grossiste en erreur pour le DIN : \*\*\*\*\*
1. Le message d'erreur indique que le montant de la marge bénéficiaire du grossiste est présent mais qu'aucune source d'approvisionnement n'est saisie pour le DIN.
- 
- 97** Code justificatif en erreur pour le DIN : \*\*\*\*\*
1. Le message d'erreur indique que, lorsqu'un code justificatif est présent sur la transaction et qu'il fait partie de la mesure administrative IPP, il doit être valide à la date de service.
- 
- 98** Le code justificatif est non permis pour le DIN : \*\*\*\*\*
1. Le message d'erreur indique que le médicament facturé n'est pas permis avec le code justificatif inscrit dans la transaction.

**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<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement).

---

**5A** Source d'approvisionnement \* en erreur pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Vérifier si la **source d'approvisionnement** inscrite sur la demande de paiement correspond à un des codes de grossistes reconnus qui paraissent dans la *Liste des médicaments*.

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

---

**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 *Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments*.

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 *Pharmacien désigné contacté ou non contacté*.

---

**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.

**A1** Demande de paiement trop ancienne

1. 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 = 2018-07-01 moins (-) 99 jours = 2018-03-24; l'intervalle des dates de service acceptables = 2018-03-24 au 2018-07-01.

2. Vérifier si le délai entre la date de transmission et la date du jour est inférieur ou égal à 14 jours pour les transactions suivantes :
  - 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

1. Vérifier si la **date de service** est antérieure à la date du jour ou y correspond.
2. 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 : \*\*\*\*\*

1. 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.
2. Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif.  
*Voir section 2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif ou anticipé).*
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée.
7. 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.
8. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (**code de service = S**) est payable pour un prestataire par mois.

Voir l'article 4.01 de l'Entente particulière concernant le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments.

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 :

Type de service **A** :

- même personne;
- même date de service;
- même pharmacie;
- même code de service et **type de service**.

Type de service **A, B** ou **C** :

- même numéro d'ordonnance.

En présence du code d'intervention ou d'exception CS (considération spéciale), l'erreur est non générée.

10. Vérifier si le même service (FE, 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.

---

**A8** Demande de paiement à annuler absente

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 :
- numéro de pharmacie;
  - date de service;
  - numéro de l'ordonnance;
  - numéro de contrôle externe (NCE);
  - date de transaction.

---

**A9** Demande de paiement déjà annulée

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 :
- numéro de pharmacie;
  - date de service;
  - numéro de l'ordonnance;
  - numéro de contrôle externe (NCE);
  - date de transaction.

---

**B1** Pharmacie non admissible

1. Vérifier si le **numéro de pharmacie** est bien inscrit sur la demande de paiement.
2. S'assurer que le **numéro de pharmacie** est valide à la date de service.

**C6** Personne non assurée

1. Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une ITSS ou de la tuberculose ou de la contraception orale d'urgence ou de la gratuité de la naloxone et ses fournitures ou de la pilule abortive inscrire un des codes de programme suivants :
  - traitement d'une personne atteinte de ITSS = 1K;
  - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de ITSS = 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.

Voir sections 2.3.4.15 *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS* ou 2.3.4.16 *Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose*.
2. La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la RAMQ et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).

---

**C8** Personne non admissible ass. maladie ou carte non valide

1. La personne doit être admissible au régime d'assurance maladie et détenir, à la date des services, une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide **sauf** pour certaines conditions particulières :
  - Pour une personne avec un NAM temporaire (11<sup>e</sup> caractère égal à « **M** ») qui présente une preuve temporaire d'admissibilité au médicament. Cette situation est facturée avec l'un des codes d'intervention suivants :
    - **MA** : preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments (PAE adulte),
    - **MB** : preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments (PAE à charge);
  - Pour une personne voulant bénéficier du programme de gratuité de la naloxone (code de programme **8K** ou **8L**) et pour certaines circonstances particulières. Pour ces situations, le pharmacien doit identifier la personne avec le nom, prénom, date de naissance et sexe de la personne et saisir le code d'intervention MK (générer un NAM temporaire).

---

**C9** Personne non couverte par ass. méd.

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 :
  - ITSS (code de programme 1K ou 1L);
  - Naloxone (code de programme 8K ou 8L);
  - Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (code de programme 09);
  - Tuberculose (code de programme 2K, 2L, 2R ou 2S);
  - Prestation de services pour la contraception orale d'urgence (code de programme 04).

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.
3. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.
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 RAMQ.

---

**D1** Code de produit non payable : \*\*\*\*\*

1. Une demande de paiement est non payable si elle comprend uniquement des véhicules, solvants et adjuvants. Les situations d'exception suivantes sont conformes :
  - préparation de placebo (code de service B) à partir d'une capsule vide;
  - mise en seringue de solution de chlorure de sodium (code de service Q);
  - médicament de la mesure du patient d'exception (groupe bénéfice = 40);
  - pré-autorisation téléphonique obtenue (code d'intervention/exception = CS);
  - la facturation de la bandelette CoaguChek XS PT Test (99101324) sera payable lorsqu'un service de prise en charge pour l'anticoagulothérapie (code de service W) pour la même pharmacie est présent à l'historique de la personne assurée dans les 12 derniers mois précédents la date de service.

---

**D2** Code de produit qui n'est plus assuré DIN \*\*\*\*\*

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

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 RAMQ.
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 *Liste des médicaments*, excluant les stupéfiants, de drogues contrôlées ou de substances ciblées.

**D4** Ordonnance non renouvelable NCE : \*\*\*\*\*

1. Au dossier de la personne assurée à la RAMQ, 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).
  - 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 *Communication interactive* de votre manuel);
  - sinon : une nouvelle ordonnance est requise.
2. Au dossier de la personne assurée à la RAMQ, 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 ITSS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
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.
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.
6. En présence du médicament mifépristone/misoprostol ou du code de service CP (code de programme 09 – pilule abortive) : le nombre de renouvellement doit être égal à 0.
7. 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.

---

**D6** Montant total supérieur à 1 000 \$

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

---

**D7** Renouvellement hâtif NCE : \*\*\*\*\*

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.  
  
Voir section 2.3.4.20 *Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif ou anticipé)*.

---

**E1** Traitement en erreur

1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la RAMQ.

**H1** Rencontre initiale présente au dossier de la pers. ass., NCE \*\*\*\*\*

1. Les critères pour considérer qu'il y a double facturation sont les suivants :
    - même personne;
    - même pharmacie;
    - même type de service (rencontre initiale A ou D);
    - même code d'intervention;
    - délai entre le service à l'historique (le plus récent) et le service présentement facturé est de moins d'un an;
    - aucun arrêt de service (type Z) n'a été transmis durant la période entre les deux services.
- 

**H2** Une rencontre de suivi doit être précédée d'une rencontre initiale

1. Pour une facturation avec le code de service W et le type de service B ou C, on recherche à l'historique :
    - même personne;
    - même pharmacie;
    - code de service W;
    - même code d'intervention.
- 

**H3** Le forfait annuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé

1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 2 ou 3 par champ thérapeutique) payable annuellement est déjà atteint.
- 

**H4** Le forfait mensuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé

1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 1 par champ thérapeutique) payable mensuellement est déjà atteint.
- 

**H5** Arrêt de prise en charge déjà présent au dossier de la pers. assurée, NCE \*\*\*\*\*

1. Un arrêt de prise en charge (type Z) pour le même code d'intervention a déjà été transmis pour cette personne assurée.
- 

**H6** Arrêt de prise en charge accepté

1. Le pharmacien est informé lorsqu'un arrêt de prise en charge (type Z) est accepté pour le code soumis.
- 

**H7** Service déjà payé pour la période en cours NCE : \*\*\*\*\*

1. Un seul service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation (code de service Z) est payable par personne assurée, par période de 12 mois, lorsque la durée de traitement totale est de 30 jours et plus, et ce, pour l'ensemble des pharmacies.  
  
Un délai de 365 jours doit être entre deux services.
2. Dans le cadre du programme de gratuité de la Naloxone, le code de service **EN** pour l'enseignement de l'administration du Naloxone est permis une seule fois par personne, par pharmacie, par période de 365 jours en présence du code de programme **8K** ou **8L**.

3. Depuis le 31 octobre 2018, dans le cadre du service de l'administration d'un médicament aux fins d'enseignement, le tarif relié au code de service **FE** est payable une fois par année, par personne assurée, par médicament (par dénomination commune et forme).

---

**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 payée à la personne assurée par SAAQ :
  - 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.  
*Voir section 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté.*

---

**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.
2. Après vérification des tarifs (voir l'onglet *Tarif* 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/marge grossiste 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 RAMQ 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.

4. Lorsque le montant demandé par le pharmacien pour le dimenhydrinate dépasse le prix maximal remboursable, le système ajuste le coût du médicament au prix maximal établi, et le montant de la marge bénéficiaire du grossiste, le cas échéant.

---

**DW** Le DIN \*\*\*\*\* est autorisé pour ce NAM jusqu'au SSAA-MM-JJ

1. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une demande d'exemption pour un DIN faisant partie de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Si oui, corriger le DIN facturé par celui autorisé. Si non, inscrire le code d'intervention ou d'exception DQ afin de permettre la facturation tel que demandé.  
  
*Voir section 2.3.4.38 Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons).*
2. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour le produit Remicade<sup>MC</sup> jusqu'à la date d'autorisation.
3. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour la somatotrophine jusqu'à la date d'autorisation.

---

**DX** Autorisation requise pour l'ordonnance

1. Une **autorisation de type PME** est requise pour un **médicament de la mesure du patient d'exception** (groupe bénéfiques = 40).
2. Une **autorisation de type PME ou INTH** est requise pour un **médicament d'exception** (groupe bénéfiques = 41) sauf pour un médicament d'exception transmis avec un code d'indication reconnue à période illimitée.
3. Une autorisation de type CPSE est requise pour une considération spéciale (code d'intervention/d'exception CS).
4. Une autorisation de type RENH est requise pour une situation de renouvellement hâtif pré-autorisée par la RAMQ (demande de paiement réclamée avec le code d'intervention/d'exception DM).
5. Une autorisation de type LOND est requise pour une ordonnance de longue durée pré-autorisée par la RAMQ (demande de paiement réclamée avec le code d'intervention/d'exception DN).
6. Une autorisation de type CSSR est requise pour une considération spéciale pour le service rendu (code d'intervention/d'exception TC, TP, TB, TR ou TS) lorsque les frais de transport réclamé est inférieure à 25 \$. Le montant maximum pouvant être autorisé est de 75 \$.
7. Une autorisation de type PILD est requise pour une ordonnance facturé en pilulier (code de service P) pour une durée de traitement de plus de 28 jours dans certaines situations particulières.
8. Lorsque le pharmacien est le prescripteur, la réclamation en traitement est acceptée dans les situations suivantes :
  - a) Code d'indication reconnue à période **illimitée** :
    - Présence d'une autorisation PME valide à la date de service
    - Depuis le 19 juin 2019, présence sur la réclamation en traitement d'un des codes suivant : AI9, DE20, RE112, RE113 et VA138
    - Code d'intervention/d'exception présent sur la réclamation en traitement est **IP Confirmation des services rendus au privé**

b) Code d'indication reconnue à période limitée :

- Présence d'une autorisation PME ou INTH valide à la date de service  
ou
  - Code d'intervention/d'exception présent sur la réclamation en traitement est  
**IP Confirmation des services rendus au privé**
- 

**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 RAMQ a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de **calcul de cette date** sont définies à la section 2.3.4.20 *Non-respect de la durée du traitement*.

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 RAMQ 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.

---

**EP** Traitement IVG médicamenteuse déjà remboursé à la personne assurée NCE : \*\*\*\*\*

1. En présence du code de programme 09 (Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse (pilule abortive)), le remboursement du médicament Mifépristone/Misoprostol (Mifegymiso<sup>MC</sup>) n'est permis qu'une seule fois par personne, par période de 60 jours. Afin de permettre la facturation, le pharmacien doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens.
- 

**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 facturée 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 N** (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique) **et le code de service 6** (exécution ou renouvellement pour une maladie chronique de moins de 7 jours), le médicament doit être en forme orale solide.
2. En présence du produit méthadone (de solution orale), le code de service doit être J, M1, M2, M3, O ou 1.
3. En présence du produit Suboxone, le code de service doit être J et 1.

4. En présence d'une préparation magistrale (excluant la méthadone), le code de service doit être M1, M2, M3 ou 1.
5. En présence d'une préparation magistrale (méthadone seulement), le code de service doit être J, M1, M2, M3 ou 1.
6. En présence d'une bandelette CoaguChek XS PT Test (99101324), le code de service doit être O.

---

**HF** Autorisation prendra fin le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin

1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la **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 RAMQ.
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.
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.

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

---

**HY** Autorisation requise dès le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin

1. Ce message vous demande d'aviser la personne assurée qu'une nouvelle autorisation sera nécessaire pour poursuivre le remboursement du médicament, inviter la personne à revoir son médecin.

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

---

**HZ** Quantité maximale restante pour l'autorisation : \*\*\*\*\*

1. Le message est affiché lorsqu'il y a une restriction sur la quantité pouvant être facturée d'un médicament sous autorisation. Il contient à titre informatif la quantité restante pouvant être facturée lors de la prochaine facturation. Toutefois, en présence du message KF, il s'agit de la quantité restante pouvant être facturée dans la présente facturation.

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

---

**KF** Quantité autorisée dépassée pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont soumis à une quantité maximale de médicaments pouvant être facturée durant la période de l'autorisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement sera refusée si la quantité facturée du médicament d'exception codifié dépasse la quantité maximale permise.

**KG** Nombre renouv. trop grand NCE : \*\*\*\*\*

1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant MT est inscrit sur la demande de paiement, car le **nombre de renouvellements** devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale.

Voir section 2.3.4.7 *Initiation d'une pharmacothérapie.*

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.

Voir section 2.3.4.21 *Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.*

---

**KH** Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP) pour le DIN \*\*\*\*\*

1. Le médicament délivré est soumis au prix maximum payable (PMP). Le montant excédentaire non assuré par la RAMQ doit être payé par la personne assurée puisqu'elle appartient à la clientèle non vulnérable (personne soumise à une contribution).

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

---

**KJ** Date de fin de validité expirée \*\*\*\*\*

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**.

Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception MG sur la demande de paiement.

Voir section 2.3.4.21 *Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.*

---

**KN** Code BD - Noter la justification au dossier

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.

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

---

**KO** Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé

1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre **code de preuve temporaire d'admissibilité** dans le même mois.

Vérifier la situation de la personne à savoir :

- 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**).

Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la RAMQ.

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.

Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la RAMQ.

---

**KP** Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : \*\*\*\*\*

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.  
*Voir section 2.3.4.20 Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif ou anticipé).*
  2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.
- 

**KQ** Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur

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.
- 

**KV** Coût du produit autorisé au prix de vente garanti pour le DIN \*\*\*\*\*

1. Ce message est généré lorsque la RAMQ 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. De plus, ce message informe de la durée de traitement restante avant que le cumul de 90 jours soit atteint pour les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).  
*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 RAMQ 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.
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 RAMQ doit être payée par la personne assurée.

---

**LT** Période permise dépassée NCE : \*\*\*\*\*

1. Les services reliés 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 RAMQ au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
3. Le médicament dimenhydrinate doit être facturé dans la période de 15 jours suivant la première facturation d'un des deux médicaments couverts (mifépristone/misoprostol ou dimenhydrinate) avec le code de programme 09.

---

**LU** Période dépassée autre pharmacie NCE : \*\*\*\*\*

1. Les services reliés 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 RAMQ au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.

---

**LV** Quantité maximum dépassée, payable : \*\*\* pour le DIN \*\*\*\*\*

1. La **quantité** de gommes payable par la RAMQ 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 RAMQ 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 RAMQ 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, CP, EN, 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** Médicament remboursable par la SAAQ

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

---

**NF** Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Vérifier les cas suivants :
  - 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;  
Voir section 2.3.4.22 *Dépassement de la quantité maximale journalière*.
  - 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.  
Voir section 2.3.5.3 *Considération spéciale*.

NOTE :Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la RAMQ.

---

**NH** Quantité en erreur format indivisible pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Vérifier dans la *Liste des médicaments* s'il s'agit d'un médicament de **format indivisible**.  
Si oui, inscrire exactement la **quantité** du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne.
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 RAMQ.

---

**NI** Un seul code de service est permis

1. S'assurer qu'un seul **code de service** est transmis en tout temps.

**NK** Service requiert un type de service

1. Vérifier si le **code de service** correspond aux codes de service suivants : J, M1,M2, M3, Q, R, T, V ou W.

Si oui, le **type de service** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus. Voir sections :

- 2.3.4.36 *Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes;*
- 2.3.4.1 *Médicament magistral;*
- 2.3.4.25 *Thérapie parentérale;*
- 2.3.4.26 *Mise en seringue de solution de chlorure de sodium;*
- 2.3.4.27 *Préparation de solution ophtalmique;*
- 2.3.4.39 *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; ou*
- 2.3.4.40 *Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.*

Voir section 2.3.3.2 *Ordonnance et service professionnel.*

---

**NM** Service \* et classe produit incompatibles pour le DIN : \*\*\*\*\*

1. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour les codes de service suivants :
  - **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 *Liste des médicaments* ou à celui fourni par la RAMQ sur la lettre d'autorisation;
  - **Code de service F** correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables ou seringues sans aiguille. Si oui, le **code de produit (DIN)** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la *Liste des médicaments* à la section *Fournitures*;
  - **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 *Liste des médicaments*;
  - **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 *Liste des médicaments*;
  - **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 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'espaceur. Si oui, le **code de produit (DIN)** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la *Liste des médicaments*, à la section *Fournitures*, fournitures pour chambre d'espaceur;
- **Code de service Y** est requis pour la facturation de trousse préassemblée de naloxone dans laquelle on ajoute 2 vaporisateurs de Narcan, ainsi que pour les gants et tampons et les masques à usage unique;
- **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

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 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement ou 2.3.4.5 Opinion pharmaceutique.*
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 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile.*
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 Initiation d'une pharmacothérapie.*
4. 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.  
*Voir section 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté.*
5. Vérifier si le code de service est V ou W. Si oui, inscrire le **code d'intervention approprié**.  
*Voir sections 2.3.4.39 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 ou 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.*
6. Vérifier si le code de service est F. Si oui, inscrire le **code d'intervention approprié**.  
*Voir section 2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables.*
7. Vérifier si le code de service est AD. Si oui, inscrire le **code d'intervention approprié**.

**NO** Service requiert personne sous surveillance

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.
2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.

Voir section 2.3.4.19 *Pharmacien désigné contacté ou non contacté.*

---

**NP** Service non valide personne sous surveillance

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.

**NQ** Médicament \*\*\*\*\* non permis en pharmaco. initiale

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.

**NR** Médicament \*\*\*\*\* non permis en pilulier

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.

**NT** Pharmaco. init. non permise NCE : \*\*\*\*\*

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.

**OP** Service précédent servi en pilulier NCE\*\*\*\*\*

1. Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 14 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.

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.

---

**OV** Ordonnance verbale non permise

1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, au Règlement sur les stupéfiants et au Règlement sur les drogues contrôlées, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.
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.

**OW** Renouvellement verbal non permis

1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, au Règlement sur les stupéfiants et au Règlement sur les drogues contrôlées, le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.
2. Le renouvellement verbal est non permis lors du traitement de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.

---

**PA** Médicament \*\*\*\*\* non permis pour ce type prescripteur

1. Le **médicament** inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
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.
3. En présence du code de service **FE, RA, AD**, les médicaments ciblés, contrôlés et les narcotiques ne sont pas permis pour le prescripteur.

---

**PC** Service non permis pour ce type de prescripteur

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.
2. En présence des codes de service 4, V, W, Z, CP, EN, FE, RA ou AD, le type de prescripteur doit être un pharmacien.

---

**QG** Médicament \*\*\*\*\* inadmissible à ce programme

1. Vérifier s'il s'agit bien d'un médicament visé par les programmes **ITSS (1K ou 1L)** ou **Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S)** ou Naloxone (8K ou 8L) ou Interruption volontaire de grossesse (09).
2. En présence du code de programme, le médicament facturé doit correspondre à un des médicaments permis.

---

**QH** Coût du produit calculé est trop élevé

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.

**RM** Maximum quotidien dépassé NCE : \*\*\*\*\*

1. Le message contient, à titre informatif, le NCE correspondant à l'opinion pharmaceutique déjà payée à votre pharmacie par la RAMQ, le jour même, pour la même personne assurée.
2. En présence du code de service V, le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie et pour le même code d'intervention. En présence du code de service W, le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie, pour le même type de service et pour le même code d'intervention.

---

**RN** Maximum annuel dépassé NCE : \*\*\*\*\* ,\*\*\*\*\*

1. Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions sur l'inobservance (de même type) déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.

## 3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Aucune demande de remboursement ne doit être remplie pour des services non assurés et pour des personnes non admissibles selon les critères définis à l'onglet *Personnes assurées*.

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) et à la Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01), un remboursement peut être demandé lorsque des services couverts ont été fournis en pharmacie et que :

- la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou sa carte était expirée;
- le prestataire d'une aide financière de dernier recours n'a pas présenté son carnet de réclamation ou son carnet de réclamation était expiré;
- la personne admissible à l'assurance médicaments n'était pas inscrite à la RAMQ ou n'a pas mentionné au pharmacien y être inscrite.

Lorsqu'une personne assurée souhaite demander le remboursement de services payés en pharmacie, elle doit se présenter chez le pharmacien qui lui a rendu ces services (article 13.3. de la Loi sur l'assurance maladie).

Dans cette situation, le pharmacien peut utiliser le système CIP pour facturer plutôt que de remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621). Il doit ensuite rembourser la personne assurée selon les dispositions du régime public d'assurance médicaments (RPAM) et les modalités prévues à l'Entente, si la personne est admissible à un remboursement (articles 19 et 33 de la Loi sur l'assurance médicaments).

S'il y a lieu, la personne assurée doit avoir régularisé sa situation (avoir obtenu une carte d'assurance maladie valide, s'être inscrite au RPAM) pour satisfaire à la condition « Si la personne est admissible à un remboursement ».

Pour utiliser le système CIP lorsque le délai de 90 jours suivant la date du service est expiré, le pharmacien doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la RAMQ. Lorsque la personne est admissible à un remboursement, le pharmacien obtient alors une autorisation de facturation selon les dispositions du RPAM et de celles prévues à l'Entente.

### 3.1 Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien

#### 3.1.1 Généralités

Cette partie sert à transmettre à la RAMQ les données relatives à l'identification de la personne assurée, du prescripteur, du pharmacien qui a rendu le service et au service pharmaceutique proprement dit.

Pour plus de détails sur la nature de l'information et la forme sous laquelle elle doit être inscrite dans chacun des champs de la demande de remboursement et les particularités se rapportant à chaque type de service, il faut se reporter aux instructions fournies à la section 2.3 *Transaction de demande de paiement du pharmacien* au point 2.3.3.2 intitulé *Ordonnance et service professionnel*.

**Remarque :** La case *TYPE DE SERVICE* du formulaire actuel doit servir à inscrire le type de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation ophtalmique, du traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament, de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.

Le pharmacien doit :

- 1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en indiquant son numéro d'inscription à la RAMQ (6 chiffres) ainsi que tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation qui seront inscrits par la personne assurée).
- 2. Remettre à la personne;**
  - l'exemplaire de la RAMQ;
  - sa copie;
  - une enveloppe-réponse.
- 3. Conserver sa copie** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la RAMQ).

### 3.1.2 Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621)

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE										À L'USAGE DE LA RÉGIE													
<b>Personne assurée</b>																							
NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE																							
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		LIEN DE PARENTE		CODE DE GROUPE											
PRÉNOM USUEL										NUMÉRO SÉQUENTIEL DE LA CARTE					DATE DE SERVICE			Date de fin de validité du carnet					
															ANNÉE			MOIS		JOUR			
															CODE DE PROGRAMME								
<b>Professionnel</b>																							
NUMÉRO DE LA PHARMACIE				N° PHARMACIEN INSTRUMENTANT				N° DE LA PHARMACIE DÉSIGNÉE				NUMÉRO DU PRESCRIPTEUR				TYPE DE PRESCRIPTEUR		NOM ET INITIALE DU PRÉNOM DU PRESCRIPTEUR					
<b>Service</b>																							
NUMÉRO D'ORDONNANCE				CODE DE SERVICE				CODE DIN				NRE DE RENOUVEL.		CANTURE EXPIRES.		CODE SELECTION		FORMAT ACOURS.		SOURCE APPROV.		QUANTITE	
TYPE DE SERVICE		DURÉE DE TRAITEMENT		CODE D'INTERVENTION OU D'EXCEPTION				DATE DE FIN DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE															
								ANNÉE				MOIS		JOUR									
MONTANT DEMANDÉ MÉDICAMENTS OU FOURNITURES				FRAIS DE SERVICE DEMANDÉS				SIGNATURE DU PHARMACIEN VISÉ À L'ENTENTE OU DE SON MANDATAIRE															

**Directives pour la personne assurée**

**Pour obtenir un remboursement :**

- Vérifiez que le pharmacien a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le pharmacien.

**Situation à l'origine de la demande**

Vous avez dû payer vos médicaments pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté : Inscrivez la date de fin de la période de validité de votre carnet de réclamation dans la case placée dans la partie supérieure droite. Inscrivez le numéro d'assurance maladie paraissant sur votre carnet de réclamation sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- Votre carte d'assurance maladie est expirée : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.
- Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le pharmacien.
- Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :
- Vous n'êtes pas inscrit à l'assurance médicaments :

**Note** - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapables : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

<b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>										<b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>									
NOM										<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE									
PRÉNOM										NOM ET PRÉNOM OU RAISON SOCIALE									
NUMÉRO		RUE								NUMÉRO		RUE							
APP.		VILLE								APP.		VILLE							
PROVINCE Québec										PROVINCE									
CODE POSTAL										CODE POSTAL									

**Signature de la personne assurée**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :  
 MÈRE     PÈRE     AUTRE :  
 NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

DATE

ANNÉE    MOIS    JOUR

TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. REGIONAL

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. REGIONAL

3621 282 17/04

**Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (Verso)**

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le pharmacien doit remplir un formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* lorsque :

- la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée;
- le prestataire de la Sécurité du revenu n'a pas présenté son carnet de réclamation, ou que son carnet de réclamation était expiré;
- la personne admissible à l'assurance médicaments n'y est pas inscrite.

**Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au pharmacien, celui-ci doit :**

**1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation, qui seront inscrits par la personne assurée).

Le pharmacien doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (6 chiffres).

**2. Remettre à la personne assurée :**

- l'exemplaire de la Régie;
- la copie de la personne assurée;
- une enveloppe-réponse.

**3. Conserver la copie du pharmacien** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Remarque : Les pharmaciens trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Demande de remboursement ».

**Rappel**

Le pharmacien peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie) ou son carnet de réclamation. La personne assurée :

- est âgée de moins d'un an;
- est âgée d'au moins 14 ans et de moins de 18 ans;
- requiert des soins urgents;
- rencontre des circonstances prévues au règlement.

**Vous pouvez communiquer avec la Régie :**

**Par téléphone :**

Québec : **418 646-4636**

Montréal : **514 864-3411**

Ailleurs au Québec, sans frais : **1 800 561-9749**

**Par ATS :**

(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)

Québec : **418 682-3939**

Ailleurs au Québec, sans frais : **1 800 361-3939**

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

.....  
[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec** 

## 4 PAIEMENT

Pour tout renseignement sur le paiement, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens (voir l'onglet *Communication interactive*, section 2.1).

### 4.1 Mode de paiement

---

Le paiement est effectué aux deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du pharmacien visé à l'entente ou par dépôt direct.

Le virement bancaire (dépôt direct) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. (Pour adhérer au virement bancaire, voir le formulaire [Autorisation de paiement par virement bancaire](#) (2914) disponible sur le site Web de la RAMQ).

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 4.2 Délai de paiement

---

La RAMQ fait le paiement dans les 15 jours suivant l'autorisation d'une demande de paiement.



### 4.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

#### 4.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. **NOM** : Le nom du pharmacien ou de la société de pharmaciens.
2. **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : Le numéro d'inscription de la pharmacie, du pharmacien ou de la société de pharmaciens visés à l'Entente.
3. **NUMÉRO DU GROUPE** : Cette case n'est pas utilisée dans le cas des pharmaciens.
4. **NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (dépôt direct) correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre **V**.
5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date est la même que celle du chèque et correspond à celle du paiement. Le virement bancaire (dépôt direct) est effectué à la première heure du 2<sup>e</sup> jour suivant cette date.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU** : La date, suivie de la lettre **I** pour communication interactive, a trait à la date limite d'autorisation des demandes de paiement soumises par communication interactive. Les demandes de paiement autorisées à la RAMQ jusqu'à cette date limite figurent sur l'état de compte.
7. **NUMÉRO DU PAIEMENT** : Ce numéro indique le numéro de la semaine de paiement et peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGINATION** : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte.
9. **NOM ET ADRESSE** : Nom et adresse postale fournis par le pharmacien ou la société de pharmaciens.

#### 4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. **DEMANDE** : Numéros de contrôle des demandes de paiement. Les 4 derniers chiffres seulement sont inscrits. Cependant, l'ordre d'impression sur l'état de compte se fait par les 6 chiffres. Par exemple, le numéro 100001 pourra figurer à la fin de l'état de compte avec le numéro 0001.
- 2a. **DATE : Date de service inscrite sur la demande de paiement**. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : 30 juillet 2018 = 180730 i.e. 18 pour les deux derniers caractères de l'année, 07 pour juillet et 30 pour le quantième.
- 3a. **ACTE ou P** : Rien n'est inscrit dans cette colonne.
- 4a. **PERS. ASS.** : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom, le cas échéant.
- 5a. **CODE TRA** : Numéros correspondant à la nature de la transaction;  
**CODE EXPL** : Numéros correspondant au message explicatif approprié.
- 6a. **MONTANT PAYÉ** : Le montant du paiement ou de l'annulation. Voir la section 4.3.3 *Règlement des demandes de paiement*.

### 4.3.1.3 Sommaire

Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale, s'il y a lieu;
- montant de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net ou solde à reporter, selon le cas.

### 4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la RAMQ le remboursement du montant que le pharmacien lui a réclamé, parce qu'elle n'a pu fournir la preuve (carte d'assurance maladie) de son inscription à la RAMQ ou le carnet de réclamation (prestataire d'une aide financière de dernier recours).

Elle comporte une énumération des demandes de remboursement traitées. Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les mêmes que ceux décrits à 4.3.1.2.

## 4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir la section 4 Paiement).

## 4.3.3 Règlement des demandes de paiement

### 4.3.3.1 Demande de paiement autorisée

Dans le cas où le montant **payé** par la RAMQ correspond à celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

Dans le cas où le montant **payé** par la RAMQ est **différent** de celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte avec le code de transaction TRA **02**.

### 4.3.3.2 Demande de paiement annulée

Dans le cas d'une demande d'annulation faite par le pharmacien, le montant récupéré par la RAMQ est indiqué à l'état de compte avec le code de transaction TRA **21**.

### 4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée

Le pharmacien qui désire modifier une demande de paiement déjà payée doit l'annuler et, s'il y a lieu, en soumettre une nouvelle.

Voir procédures sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.4 *Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien*.

### 4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation

Pour les modalités d'application en communication interactive, voir la section 2.4 *Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacie* sous *Communication interactive*.

### 4.3.3.5 Délai pour demander une révision

Le pharmacien peut contester une demande de paiement autorisée en effectuant une demande de révision selon les modalités établies par la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de **90 jours**; il court à partir de la date d'autorisation de la demande de paiement visée.

#### 4.3.4 Codes de transaction

Une codification numérique informe le pharmacien de l'état du règlement de ses demandes de paiement. L'état de règlement des demandes de paiement est indiqué dans la partie gauche (TRA) de la colonne CODE et la signification des codes est la suivante :

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.

04- Demande de remboursement refusée.

20- Demande de remboursement ajustée à la demande de la personne assurée.

21- Demande de paiement annulée à votre demande.

22- Demande de paiement ajustée par la RAMQ - information déjà transmise par téléphone.

90 à 99- Codes spéciaux d'ajustements - information transmise par communiqué ou suivra sous pli séparé.

**Remarque :** Les codes 04 et 20 se trouvent dans la partie *Demandes de paiement remboursées à la personne assurée* de l'état de compte.

## 5 ENTENTE

### 5.1 Entente

#### ARTICLE 1 - RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION

- 1.01** Le Ministre reconnaît l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires comme la représentante exclusive des pharmaciens propriétaires de pharmacie et inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens aux fins de la conclusion et de l'application d'une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.
- 1.02** Cette reconnaissance vise également tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des pharmaciens et dont le nom apparaît à l'Annexe I de la présente entente ou qui obtient, après la signature de cette entente, un permis en vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.
- Dans ce dernier cas, la reconnaissance prend fin dès l'ouverture d'une pharmacie dans la municipalité ou le territoire visé par le permis.
- 1.03** Cette reconnaissance ne s'étend pas au pharmacien employé par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).
- 1.04** La présente entente oblige toute personne qui tombe sous le coup de la reconnaissance ci-haut décrite.
- 1.05** Sous réserve de l'article 1.03, aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'entente ne peut intervenir entre un pharmacien et soit le Ministre, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou un établissement.
- Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.
- 1.06** Une lettre d'entente convenue entre le Ministre et l'Association fait partie intégrante de l'entente.
- 1.07** L'entente ne confère à aucun pharmacien le statut de fonctionnaire dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments et ses dispositions ne limitent pas l'exercice de la pharmacie.
- 1.08** Le Ministre reconnaît à tout pharmacien le droit d'être accompagné par un représentant désigné par l'Association lors de la présentation d'un différend ou lors de toute rencontre avec un représentant de la Régie.

#### ARTICLE 2 - OBJETS

- 2.01** Sont objets de négociation entre les parties les sujets suivants :
- c) la rémunération et les modalités de rémunération des services du pharmacien dispensés dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments;
  - d) les règles d'application et d'interprétation du tarif;
  - e) les exigences particulières à la prestation d'un service assuré;
  - f) les règles et mécanismes d'interprétation et d'application des dispositions de l'entente et de ses modifications;
  - g) la compensation de tâches administratives effectuées par un pharmacien ou toute personne autorisée par la Loi sur la pharmacie, dans le cadre du régime général d'assurance médicaments.

### ARTICLE 3 - COTISATION SYNDICALE

**3.01** L'Association informe la Régie, avant le 1<sup>er</sup> août de chaque année, par courriel ou par courrier, de la cotisation et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation et ces modalités doivent être les mêmes pour tous les pharmaciens et se conformer à une des modalités suivantes, ou à une combinaison de ces modalités :

- a) un montant fixe par pharmacien;
- b) un montant fixe par pharmacie;
- c) un pourcentage du montant payé à un pharmacien par la Régie;
- d) un pourcentage du montant payé à une pharmacie par la Régie;
- e) un montant fixe par ordonnance payée à un pharmacien par la Régie;
- f) un montant fixe par ordonnance payée à une pharmacie par la Régie.

Le prélèvement commence trente (30) jours après la réception de cet avis. Cependant, si les modalités choisies sont celles décrites aux alinéas c), d), e) et f), le prélèvement commence dans les six (6) mois après la réception dudit avis.

**3.02** La Régie retient à la source la cotisation syndicale, incluant la cotisation spéciale ou le montant égal à celle-ci à raison d'une portion représentant approximativement 20 % du montant des services facturés par période de deux (2) semaines à la Régie par le pharmacien, et ce, jusqu'à concurrence du montant total de la cotisation syndicale.

**3.03** La Régie retient également dans le cadre des paiements faits en vertu du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments selon les modalités prévues à l'article 3.01, l'équivalent de la cotisation syndicale sur les paiements faits à un pharmacien exerçant sa profession hors du Québec.

**3.04** La somme des montants ainsi prélevés par la Régie durant un mois est remise à l'Association au cours du mois suivant.

**3.05** Cette remise s'accompagne d'un bordereau indiquant la somme versée ainsi que, pour chaque pharmacien couvert par cette entente ou visé par le paragraphe 3.03, le montant prélevé et le total cumulé des montants prélevés à cette date.

**3.06** La Régie et l'Association, au moins une fois l'an, comparent leur Liste respective des pharmaciens couverts par cette entente et inscrits à leur fichier.

### COTISATION SPÉCIALE

**3.07** La Régie retient à la source toute cotisation spéciale décrétée par l'Association, étant entendu que celle-ci doit établir auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux qu'elle y a été dûment autorisée selon ses statuts et ses règlements.

L'Association informe la Régie par courriel ou par courrier de cette cotisation spéciale et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation spéciale devra être prélevée et remise à l'Association selon les modalités prévues aux articles 3.01 à 3.05 de la présente entente.

La Régie et le Ministre de la Santé et des Services sociaux sont dégagés de toute responsabilité à l'égard de toute poursuite éventuelle découlant du prélèvement et de la remise de cette cotisation spéciale.

## ARTICLE 4 - PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION

**4.01** Un pharmacien peut devenir un professionnel non-participant. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, de la formule prévue à l'Annexe IV et prend effet le trentième (30<sup>e</sup>) jour qui suit la date de la mise à la poste. La Régie fait parvenir sans délai une copie de cet avis à l'Association.

Toutefois, l'entrée en vigueur de l'entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un pharmacien conformément à la Loi sur l'assurance maladie.

**4.02** Un pharmacien professionnel non-participant qui désire être soumis de nouveau à l'application de l'entente envoie à la Régie, sous pli recommandé, un avis suivant la formule prévue à l'Annexe IV. La Régie fait parvenir sans délai une copie de cet avis à l'Association.

**4.03** Le pharmacien est soumis à l'application de l'entente le huitième (8<sup>e</sup>) jour qui suit la date de la mise à la poste, sous pli recommandé, de la formule prévue au paragraphe 4.02.

## ARTICLE 5 - FACTURATION

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

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

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

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

## ARTICLE 6 - PAIEMENT

**6.01** Un paiement est effectué par chèque ou virement de fonds émis à l'ordre du pharmacien ou d'une société de pharmaciens ou par tout autre mode de paiement qui peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

**6.02** Dans les quinze (15) jours de la réception d'une demande de paiement, la Régie paie au pharmacien le montant de cette demande. Lorsque le paiement d'une demande de paiement est effectué par virement de fonds, cette transaction s'opère dans les trois (3) jours suivant la date du paiement; la demande de paiement est alors considérée comme ayant été payée à la date du paiement telle qu'indiquée sur l'état de compte.

Tout montant dû et non acquitté sur une demande de paiement porte, à compter du 21<sup>e</sup> jour de sa réception par la Régie, un intérêt annuel égal au taux d'escompte de la Banque du Canada en vigueur au moment du paiement, majoré d'un et demi pour cent (1 1/2 %). Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé que pour une demande de paiement soumise dans les trente (30) jours de la dispensation des services et des médicaments assurés. Tout intérêt égal ou supérieur à un demi-cent (0,005 \$) est arrondi au cent supérieur.

**6.03** Lorsqu'elle effectue le paiement prévu au paragraphe 6.02, la Régie informe le pharmacien de toute demande de paiement qu'elle retient pour fin d'appréciation. Elle peut, le cas échéant, se rembourser par compensation pour toute demande de paiement ainsi retenue et dont elle refuse l'exigibilité en tout ou en partie.

La Régie peut également se rembourser par compensation pour toute demande de paiement à l'égard de laquelle le pharmacien n'a pas, dans les trente (30) jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements réclamés.

Lorsqu'elle se rembourse, la Régie informe le pharmacien des motifs de sa décision.

**6.04** Le pharmacien peut demander une révision lorsqu'il conteste une décision de la Régie.

Le délai pour demander la révision est de trois (3) mois; il court de la date d'autorisation ou de non-autorisation de la demande de paiement concernée.

La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision motivée au pharmacien dans les trois (3) mois de la réception de la demande de révision. Selon le cas, elle paie les honoraires réclamés, applique le redressement réclamé, maintient sa décision antérieure avec ou sans modification. Le défaut de la Régie de rendre sa décision dans le délai prévu équivaut à une décision de refuser la demande de révision.

Le pharmacien ou l'Association peut contester cette décision de la Régie dans les délais et selon les modalités prévues par les dispositions de la présente entente concernant les différends.

Toutefois, si le pharmacien présente une demande de révision, l'Association ou le pharmacien ne peut loger un différend tant que la Régie n'a pas rendu sa décision.

Le recours à la procédure prévue à l'article 7 n'est pas soumis à la présentation préalable d'une demande de révision.

Chaque mois, la Régie informe l'Association des demandes de révision auxquelles elle n'entend pas faire droit et elle reçoit ses représentations.

**6.05** Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé lors de retards découlant d'une grève ou arrêt de travail impliquant des employés de la Régie, le service postal, des bris du système informatique ou toute autre cause de force majeure.

**6.06** La Régie apprécie une demande de paiement que lui soumet un pharmacien et, le cas échéant, obtient les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi sur l'assurance maladie ou de l'entente, avant d'effectuer le paiement des demandes de paiement réclamées dans les circonstances suivantes :

- a) le pharmacien a cessé d'être détenteur d'un permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- b) le pharmacien est devenu un professionnel non-participant;
- c) la Régie est d'avis qu'un nombre important de demandes de paiement portent sur des services ou des médicaments non assurés, non rendus ou faussement décrits ou sur des médicaments n'apparaissant pas sur la liste; dans ce cas, la Régie avise préalablement l'Association par courrier recommandé;
- d) le pharmacien est décédé;
- e) les demandes de paiement du pharmacien font l'objet d'une saisie;
- f) en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un pharmacien qui est en faillite;
- g) le pharmacien a quitté le Québec ou a informé la Régie qu'il s'apprête à s'établir en dehors du Québec.

**6.07** Le paiement effectué par la Régie en vertu du paragraphe 6.02 n'a pas pour effet de limiter les droits de la Régie, eu égard aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et de l'entente, d'apprécier a posteriori une demande de paiement, de requérir les renseignements exigibles à cette fin et, le cas échéant, d'en réclamer le remboursement.

**6.08** Lorsque la Régie exerce compensation en vertu du paragraphe 6.03, le régime de la preuve concernant l'exigibilité d'une demande de paiement n'est pas modifié.

- 6.09** Lorsqu'elle réclame le remboursement d'un paiement qu'elle prétend indu, la Régie peut opérer compensation dans un délai de soixante (60) mois de ce paiement;
- si le remboursement réclamé vise une demande de paiement qui ne serait pas exigible en raison de sa duplication, et dans les autres cas,
  - si dans les quarante-cinq (45) jours d'un avis envoyé par la Régie au pharmacien, sous pli recommandé, lui indiquant qu'elle entend opérer compensation, celui-ci n'a pas saisi le secrétaire de la Régie d'un avis d'arbitrage, conformément à l'article 7 de l'entente.

La compensation exercée en vertu du présent paragraphe n'a pas pour effet d'empêcher le pharmacien de contester une demande de remboursement au moyen d'un différend soumis conformément aux dispositions de l'article 7 de l'entente, ni celui de relever la Régie de son obligation de prouver que la demande de remboursement est bien fondée.

## **ARTICLE 7 - DIFFÉREND ET ARBITRAGE**

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

**7.02** Tout différend est soumis à la procédure suivante :

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

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

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

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

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

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

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

M<sup>e</sup> Diane Fortier

M<sup>e</sup> Francine Lamy

M<sup>e</sup> Joëlle L'Heureux

M<sup>e</sup> Germain Jutras

À défaut d'entente, M<sup>e</sup> Germain Jutras agit comme président.

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

- 7.07** L'audition du différend doit débiter dans les trente (30) jours de la formation du conseil d'arbitrage. Ce délai peut être prolongé du consentement des parties au différend.
- 7.08** Le conseil d'arbitrage a compétence pour maintenir, modifier, ou rescinder toute décision de la Régie et, s'il le juge à propos, il peut décréter toute compensation à être versée. Toutefois, le conseil d'arbitrage ne peut modifier les dispositions de la présente entente.
- 7.09** Le président rend seul les décisions préliminaires et la sentence arbitrale. La sentence arbitrale doit être écrite et motivée. Un assesseur peut y adjoindre ses commentaires.
- 7.10** Le conseil d'arbitrage peut rendre toute décision interlocutoire qu'il estime nécessaire à la sauvegarde des droits des parties. Notamment, si le pharmacien, seul ou par l'entremise de l'Association, conteste une demande de remboursement de la Régie et établit *prima facie* une apparence de droit, le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis de l'exécution.
- 7.11** Une sentence arbitrale est finale et lie les parties.
- 7.12** Les honoraires du président et les dépenses encourues par lui sont répartis en parts égales entre les parties.
- La rémunération du greffier ainsi que les frais de sténographie ou d'enregistrement par bande magnétique sont 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 du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

## ARTICLE 10 - CONSULTATIONS

- 10.01** Le Ministre convient de consulter l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'entente.
- 10.02** Le Ministre consulte l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un pharmacien pour les fins de l'article 72 de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements.
- 10.03** Chaque fois que la Régie entend se prévaloir du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, elle en informe au préalable l'Association par courrier recommandé.
- L'Association soumet, s'il y a lieu, ses représentations dans un délai de sept (7) jours de la réception de l'avis de la Régie.
- 10.04** Toute modification dans les modalités de transport des données de paiement entre la pharmacie et la Régie doit être discutée entre la Régie et l'Association avant d'être mise en œuvre.

## ARTICLE 11 - MODIFICATION DE L'ENTENTE

- 11.01** Toute matière relative à l'interprétation de l'entente ou à son application peut faire l'objet de négociation entre les parties.
- 11.02** Les parties conviennent de négocier toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite de l'adoption de toute loi et de tout règlement ou de tout changement à la législation et à la réglementation.
- 11.03** Les parties conviennent de négocier aussi toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite d'un règlement adopté par l'Ordre des pharmaciens conformément à la Loi sur la pharmacie.
- 11.04** Les négociations prévues aux articles ci-dessus sont entamées sur avis de l'une ou l'autre des parties et commencent dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de cet avis.

## ARTICLE 12 - COMITÉ SPÉCIAL

- 12.01** Le Ministre et l'Association conviennent de former, à la demande de l'un d'eux, des comités ad hoc ayant pour mandat d'étudier tout problème particulier qu'ils jugent bon de leur soumettre.
- 12.02** Tout comité ainsi formé est composé de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association.
- 12.03** Le Ministre nomme pour chaque comité un secrétaire qui n'a pas voix délibérative.
- 12.04** Tout tel comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement.
- 12.05** Tout tel comité doit faire rapport au Ministre et à l'Association dans le délai que ceux-ci lui ont fixé.
- 12.06** À défaut d'entente entre le Ministre et l'Association quant à la durée du mandat d'un tel comité, celui-ci doit leur faire rapport dans les quatre-vingt-dix (90) jours de sa formation, à la suite de quoi il est dissout automatiquement. Ce délai peut être prolongé de consentement par les deux parties.
- 12.07** Chaque partie assume ses propres frais et déboursés encourus lors de l'exécution du mandat d'un tel comité.

### **ARTICLE 13 - INFORMATION SUR LES MODIFICATIONS DES PRIX MAXIMUM DES MÉDICAMENTS**

**13.01** Lorsque la publication d'une nouvelle *Liste des médicaments* comporte des modifications au prix maximum remboursé par la Régie pour un médicament donné, le Ministre informe l'Association du nouveau montant du prix maximum au moins trente (30) jours avant son entrée en vigueur.

### **ARTICLE 14 - RENOUELEMENT**

**14.01** Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'entente.

**14.02** La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.

**14.03** Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

### **ARTICLE 15 - ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE**

**15.01** La présente entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018 et se termine le 31 mars 2020.

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

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

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

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

#### **5.1.1 ANNEXE I – LISTE DES MÉDECINS**

Aucun.

## 5.1.2 ANNEXE II – RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

### RÈGLE 1

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

### RÈGLE 2 Rémunération des services pharmaceutiques

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

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

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

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

### RÈGLE 3

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant sous l'onglet Communication interactive.

### RÈGLE 4

Abrogée.

### RÈGLE 5

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

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

- Renouvellement de l'ordonnance;
- Refus d'exécuter ou de renouveler l'ordonnance;
- Opinion pharmaceutique adressée à un pharmacien.

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

### **RÈGLE 6**

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

- a) le refus vise un médicament assuré;
- b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien;
- c) l'ordonnance refusée ou son fac-similé soit versé à son registre.

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 7**

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

### **RÈGLE 8**

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

### **RÈGLE 9**

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

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

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

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

### **RÈGLE 10 Opinion pharmaceutique**

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien dressé sous son autorité, portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'une personne assurée ou sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance.

La Régie paie au pharmacien le coût du service prévu au tarif pour une opinion, qu'elle s'adresse à un ou plusieurs prescripteurs, pour autant que :

- a) l'opinion porte sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicaments; et
- b) l'opinion comporte une recommandation qui soit propre à la personne assurée visée; et
- c) cette recommandation :
  - i) vise à modifier, à interrompre ou à empêcher le traitement prescrit; ou
  - ii) vise à modifier ou à interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement, normalisé ou non par les autorités fédérales, lorsque le pharmacien observe une contre-indication ou une interaction entre ce produit et un médicament prescrit de la *Liste des médicaments*; ou
  - iii) suggère la surveillance de la pharmacothérapie de la personne assurée au moyen de tests de laboratoire, de paramètres physiologiques ou de signes cliniques et propose une mesure à prendre en cas d'anomalie; ou
  - iv) vise à ajouter un médicament complémentaire assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicaments à un autre médicament pour en augmenter l'efficacité ou encore pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables; ou
  - v) vise à modifier le dosage (teneur ou posologie) prescrit lors de la reconduction d'un traitement lorsqu'il est jugé inapproprié en raison de renseignements cliniques consignés au dossier-patient ou fournis par la personne assurée.

N'est pas considérée comme une opinion pharmaceutique la simple vérification auprès du prescripteur du dosage (teneur ou posologie) d'un médicament lors de la reconduction du traitement sans une recommandation propre à la personne assurée.

N'est pas considérée comme une opinion pharmaceutique la simple énumération des médicaments au dossier-patient (profil de la personne assurée) sans la présence d'une recommandation propre à la personne assurée.

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

Sous réserve des articles 37 et 38 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le pharmacien remet une copie de l'opinion ou informe la personne assurée de la teneur de l'opinion transmise au prescripteur dans les cas suivants :

- 1) si la personne assurée en fait la demande;
- 2) si le pharmacien le juge à propos;
- 3) si la recommandation est faite aux termes du paragraphe c) ii).

Les tarifs pour ce service sont prévus au point 4 de l'annexe III.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.5 Opinion pharmaceutique sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 11 Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance**

L'opinion est également payable lorsqu'elle porte sur l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrits à l'annexe VII.

L'opinion relative à l'inobservance est un avis de non-concordance entre la fréquence à laquelle une personne assurée requiert un médicament et la fréquence prescrite. L'inobservance se rapporte donc à une demande hâtive ou tardive de médicaments qui entraîne une situation potentielle de surconsommation ou de sous-consommation.

Une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive ou tardive est identifiée en s'appuyant sur le profil des renouvellements des acquisitions d'ordonnances élaboré à l'aide du dossier-patient de pharmacie.

Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-A sont :

- a) une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours;
- b) une acquisition ou une demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui est inférieure de vingt pour cent (20 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours.

Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-B sont :

- a) une acquisition ou demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours;
- b) une acquisition ou demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité de médicaments prescrits qui est inférieure de cinq pour cent (5 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours ou de dix pour cent (10 %) lorsque le calcul porte sur une période de trente (30) jours ou moins. Dans les deux cas, le calcul de cette proportion est cumulatif.

L'opinion sur l'inobservance doit être transmise par écrit au prescripteur. Elle doit être rédigée conformément aux définitions précitées de l'inobservance et aux dispositions de la règle 10, à l'exception de la recommandation. Il doit s'agir d'une recommandation qui vise à modifier ou à interrompre le traitement en cause ou de toute autre recommandation en vue d'améliorer l'observance.

De plus, sous réserve des articles 37 et 38 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le pharmacien est tenu d'informer la personne assurée de la teneur de l'opinion transmise au prescripteur.

Le tarif pour ce service est prévu au point 5 de l'annexe III. Il n'est payable à un pharmacien que deux fois par année pour chacune des situations précisées à l'annexe VII pour une même personne assurée.

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.5 Opinion pharmaceutique sous l'onglet Communication interactive.

## **RÈGLE 12 Transmission d'un profil**

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

- la date de la transmission du profil;
- le nom du demandeur et sa fonction;
- le lieu où le profil a été transmis;

- les raisons qui motivent cette transmission si connues;
- le profil lui-même, c'est-à-dire la liste des médicaments transmise au demandeur.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.31 Transmission d'un profil sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 13**

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

### **RÈGLE 14**

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

### **RÈGLE 15 Pharmacothérapie initiale**

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 16 Préparations magistrales non stériles**

On regroupe sous l'appellation générale de « préparations magistrales non stériles » la combinaison ou le mélange de deux ingrédients ou plus (dont au moins un ingrédient est une composante pharmacologique active) pour créer un produit final sous une forme dosifiée appropriée<sup>1</sup> et ne doit pas équivaloir à un produit déjà manufacturé.

N'est pas considérée comme un médicament magistral la simple reconstitution d'un produit déjà manufacturé par l'addition d'un solvant ou par la mise en suspension.

Le mélange final doit correspondre à la description d'une préparation magistrale inscrite à la section des renseignements généraux de la *Liste des médicaments*.

- a) Le pharmacien a droit au paiement du coût de préparation d'un médicament magistral prescrit, même lorsqu'il fait préparer le médicament magistral à l'extérieur de la pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

<sup>1</sup> Référence : Santé Canada, *La fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada* (POL-0051), 26 janvier 2009, Point 6.0 « Définitions », p. 9.

Il est interdit à un pharmacien préparateur qui, à la demande d'un autre pharmacien, prépare un médicament magistral ou tout autre médicament qui nécessite une préparation, de vendre à ce pharmacien un tel médicament à un autre prix que celui assumé par le régime général, et de lui facturer d'autres honoraires que ceux établis selon les tarifs prévus à la présente entente.

Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'un médicament magistral sont prévus au point 8 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu aux points 1B ou 1C de l'annexe III.

- b) Le coût du médicament magistral correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste des médicaments ainsi que de chaque véhicule, solvant ou adjuvant apparaissant à la section des véhicules, solvants ou adjuvants de la Liste des médicaments publiée par la Régie et incorporés dans le médicament magistral.
- c) Le prix coûtant du pharmacien dispensateur, tel que défini à la Liste des médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque véhicule, solvant ou adjuvant ou produit utilisé pour la préparation magistrale. Ce prix coûtant du pharmacien dispensateur réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la *Liste des médicaments* est utilisée dans la préparation magistrale, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit. Le coût du produit fait alors l'objet d'une considération spéciale (C.S.).

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

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

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

CATÉGORIES <sup>1</sup>	DESCRIPTION		
	Ingrédients	Formes pharmaceutiques (Exemples pour chaque catégorie)	Instruments (Exemples pour chaque catégorie)
1	Aucune matière dangereuse	Formes liquides ou solides (ex : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.)	Instruments de base : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatules, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier
2	Aucune matière dangereuse	Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
3		Préparation obligatoire sous hotte	

<sup>1</sup> Préparations magistrales non stériles en pharmacie. Norme 2012-01, OPQ, Catégories de préparations magistrales non stériles pages 6 et 7.

Voir en annexe III point 8 les tarifs associés à chacune des catégories de préparations magistrales.

### **RÈGLE 17**

Abrogée.

### **RÈGLE 18 Mise en seringue d'insuline**

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle, sous forme d'une mise en seringue, une ordonnance d'insuline, le tarif est celui prévu au point 18 de l'annexe III, pour autant que :

- d) la personne assurée déclare être incapable d'effectuer adéquatement la mise en seringue de l'insuline en raison de problèmes cognitifs ou de handicaps physiques ou sensoriels, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant;
- e) la personne assurée déclare ne pas avoir recours à une personne aidante habilitée à lui administrer l'insuline, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant;
- f) les renseignements ainsi obtenus sont consignés au dossier-patient.

Pour les mises en seringue d'un mélange des mêmes insulines, peu importe le nombre d'unités requis pour chacune d'entre elles, un seul coût de service est payable.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 19 Modalités d'exécution d'une ordonnance**

Le coût des médicaments payable par la Régie en vertu d'une ordonnance est celui correspondant à la quantité des médicaments prescrite sur l'ordonnance ou, à défaut d'une telle quantité, à celle requise pour la durée de traitement prescrite sur l'ordonnance.

Lorsque la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de trente (30) jours, la quantité dispensée peut être égale à celle requise pour un traitement de trente (30) jours. Le pharmacien peut aussi, selon son jugement professionnel et sur la base de son évaluation des besoins de la personne assurée, fournir une quantité pour une durée excédant trente (30) jours.

Cependant, la quantité servie peut correspondre à moins de trente (30) jours dans les circonstances suivantes :

- a) lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement;
- b) le seul format d'emballage disponible commercialement correspond à une durée de traitement de vingt-huit (28) jours. Dans ce cas, la quantité de médicament dispensée doit correspondre à celle requise pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours;
- c) la quantité des médicaments prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament;
- d) la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques reliées au médicament;
- e) lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle;

dans ce cas, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée;

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

- g) la quantité d'opioïdes prescrite correspond à une durée de traitement qui pourrait s'avérer à risque pour la santé et la sécurité de la personne assurée ou de son entourage. Dans ce cas, le pharmacien peut fractionner pour la dispensation, à 25 % de la quantité prescrite, selon son jugement professionnel. Toutefois, si la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de traitement de sept (7) jours, la quantité dispensée pourra être fractionnée pour permettre un service dont la durée de traitement sera de sept (7) jours, selon le jugement professionnel du pharmacien.

La justification du fractionnement doit être consignée au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

## **RÈGLE 20**

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

## **RÈGLE 21 Considération spéciale (C.S.)**

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

- a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;
- b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.5.3 Considération spéciale sous l'onglet Communication interactive.

## **RÈGLE 22 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ou d'une chambre d'espacement**

Les modalités de rémunération du service de remise de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ou d'une chambre d'espacement sont les suivantes :

- a) le coût de service prévu pour la remise de seringues-aiguilles jetables ou d'aiguilles jetables pour auto-injecteur d'insuline ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables ou des aiguilles jetables pour auto-injecteur d'insuline sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée porteuse d'une ordonnance pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline et autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie inscrit à la *Liste des médicaments*;
- b) le coût de service prévu pour la remise de seringues jetables (sans aiguille) est payable lorsque le service a été rendu à une personne assurée qui nécessite l'administration d'un médicament de la classe des agonistes des opiacés, des anti-convulsivants ou des immunosuppresseurs sous forme liquide par voie orale et qu'elle-même ou la personne aidante est dans l'impossibilité de mesurer adéquatement la dose prescrite. Ce service est également payable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés et qu'aucun professionnel habilité à préparer une dose de médicament n'exerce dans cette résidence;
- c) le coût de service prévu pour la remise de seringues de chlorure de sodium pré-remplies ainsi que le coût des seringues de chlorure de sodium pré-remplies sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée dans le but de permettre l'irrigation de cathéter lorsqu'elles sont utilisées conjointement à un médicament administré par voie parentérale;
- d) le coût du service prévu pour la remise de la chambre d'espacement ainsi que le coût de la chambre d'espacement sont payables lorsque le service a été rendu à une personne porteuse d'une ordonnance d'aérosol doseur inscrit à la *Liste des médicaments*;
- e) la quantité fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.

L'opinion pharmaceutique et le refus d'exécuter ne s'appliquent pas à la fourniture de seringues-aiguilles jetables ou de seringues jetables (sans aiguille). Les tarifs pour ces services sont prévus aux points 13 et 20 de l'annexe III.

**AVIS** : Voir les sections 2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espace et 2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 23 Plafond**

Une réduction du tarif est prévue après un nombre annuel déterminé d'ordonnances payées à une pharmacie dans le cadre de l'entente. Le nombre annuel est fixé par période de douze (12) mois commençant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et se calcule en fonction de la date d'exécution des services; il comprend chaque exécution et chaque renouvellement d'ordonnances pour un médicament, une formule nutritive et un médicament magistral. Le nombre annuel est fixé à quarante-huit mille cinq cents (48 500) pour la durée de l'entente.

On entend par pharmacie, tout local où se pratique l'exercice de la pharmacie au sens de la Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c. P-10), et ce, indépendamment de son ou ses propriétaires.

### **RÈGLE 24 Pilulier**

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

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

- 1) L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :
  - de problèmes cognitifs;
  - de handicaps physiques ou sensoriels;
  - de la complexité du régime posologique ou
  - du niveau de danger en regard de la situation clinique.
- 2) Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même sans assistance.

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

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

Toutefois, lorsque la personne assurée quitte temporairement son domicile ou que des circonstances exceptionnelles reliées à l'isolement ou à la distance mettent en péril la prise de médicaments, le service du pilulier peut être effectué pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours. Pour chaque période de sept (7) jours, le service du pilulier est payable à vingt-cinq pour cent (25 %) du tarif prévu au point 11 de l'Annexe III. La justification de la remise de piluliers pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Lorsque la personne assurée ne satisfait pas les critères indiqués au paragraphe précédent et que le pharmacien effectue le service de pilulier pour des multiples de sept (7) jours jusqu'à concurrence de vingt-huit (28) jours, seul le tarif prévu au point 1A) de l'annexe III est payable.

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

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

**AVIS** : La liste des établissements est disponible dans notre site Internet au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la page Manuel des pharmaciens de l'onglet Manuels. La Liste CHSLD Privé - Règle 24 Pilulier est sous la section Entente.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 sous l'onglet Communication interactive.

## RÈGLE 25 Tarif applicable

Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus<sup>1</sup>, la rémunération est celle prévue au point 1A de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

La rémunération de chaque service découlant de l'application du tarif 1A de l'annexe III est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés, sous réserve d'une rémunération maximale équivalant à quatre-vingt-dix (90) jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphe a) à d) et g) de la règle 19, la rémunération est celle prévue aux points 1B ou 1C de l'annexe III. Pour les cas prévus au sous-paragraphe e) de la règle 19, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée.

Pour les autres traitements la rémunération est celle prévue aux points 1B et 1C de l'annexe III. Le point 1B prévoit le tarif d'exécution d'une nouvelle ordonnance, alors que le point 1C prévoit le tarif de renouvellement d'une ordonnance.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique sous l'onglet Communication interactive.

Toutefois, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération suivante s'applique :

- 1) la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui répond aux critères énoncés à la règle 24;

<sup>1</sup> Excluant les médicaments de l'annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlés) lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques).

- 2) la rémunération hebdomadaire est égale à vingt-cinq pour cent (25 %) du tarif prévu au point 1C de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24. Dans ce cas, le pharmacien peut également obtenir de la personne assurée, à titre de frais accessoires, compensation pour le coût de la mise sous pilulier.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25 sous l'onglet Communication interactive.

Service chronique de moins de sept (7) jours

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale visé au premier alinéa de cette règle et qu'il fournit, conformément à la quantité inscrite sur l'ordonnance, des médicaments pour une durée de traitement de moins de sept (7) jours, la rémunération prévue est celle apparaissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement. Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette durée de traitement, le tarif prévu est celui qui apparaît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

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

Dans ces cas, la justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée incluant le jugement de la cour les cas échéant et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Ces tarifs s'appliquent également dans les cas de personnes assurées pour lesquelles un médecin a fait une demande écrite au pharmacien justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de sept (7) jours). De plus, la condition de la personne assurée doit être réévaluée au moins une fois par année par le médecin traitant et une copie de cette évaluation doit être transmise par écrit au pharmacien.

Toutefois, dans ces situations, les conditions suivantes doivent être respectées :

- L'essai du pilulier par la personne assurée ne peut pas être envisagé ou il s'est avéré infructueux.
- La personne assurée vit seule ou elle cohabite avec une autre personne dont les incapacités sont telles que même l'utilisation d'un pilulier par cette dernière ne peut être envisagée pour la gestion de la médication de la personne assurée. Ce tarif n'est toutefois pas applicable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés.
- Un travailleur social ou une travailleuse sociale, un infirmier ou une infirmière est en contact régulier, au moins une fois par mois, avec la personne concernée afin de s'assurer de son état de santé et de sa sécurité et le pharmacien communique avec ce professionnel au moins une fois par mois afin de justifier le maintien de ce service de moins de sept (7) jours.

Les justifications suivantes doivent être documentées au dossier de la personne assurée :

- Les motifs ne permettant pas l'usage du pilulier ou les raisons qui ont provoqué son échec.
- La date et le contenu des échanges entre les professionnels de la santé impliqués dans le dossier de la personne assurée.
- Le cas échéant : les incapacités de la personne qui cohabite avec la personne assurée et qui ne lui permettent pas de gérer la médication de cette dernière.

Une copie de ces justifications et évaluations par le médecin doit être transmise sur demande à la Régie.

Toute autre situation non décrite précédemment ne peut faire l'objet d'une considération spéciale pour une rémunération différente du tarif quotidien prévu au point 1A de l'annexe III.

### **RÈGLE 26 Pharmacien désigné**

Lors de situations urgentes et de façon exceptionnelle, le pharmacien autre que le pharmacien désigné visé par l'entente particulière relative au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments peut dispenser, en vertu d'une ordonnance, des médicaments à une personne assurée sous surveillance aux conditions suivantes :

- a) Les coûts du service et du médicament dispensé sont payables lorsque le pharmacien désigné est inaccessible pour la personne assurée et que le pharmacien communique avec le pharmacien désigné lors du service.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté sous l'onglet Communication interactive.

- b) Malgré les dispositions de la règle 19, si le pharmacien ne peut rejoindre le pharmacien désigné lors du service, la quantité du médicament alors payable correspond à une durée de traitement maximale de cinq (5) jours, à l'exception des cas suivants :
  - traitement d'une pathologie aiguë;
  - conditionnement indivisible du médicament.

Le pharmacien doit consigner les renseignements suivants au dossier-patient et transmettre une copie sur demande à la Régie :

- la raison de l'inaccessibilité du pharmacien désigné;
- le motif empêchant de rejoindre le pharmacien désigné.

Aucune autre rémunération ne peut lui être versée en regard de cette ordonnance.

**AVIS** : Voir les sections 2.3.4.18 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle et 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 27 Thérapie parentérale et solution ophtalmique**

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicament(s) sous la hotte destiné(s) à être administré(s) par voie parentérale, c'est-à-dire lorsque l'administration du médicament nécessite l'utilisation d'un cathéter ou d'une aiguille pour traverser la peau (à l'exception de l'insuline). Les différents contenants possibles figurent sous différentes appellations dans la section *Fournitures* ou encore dans la liste des véhicules, solvants et adjuvants de la *Liste des médicaments*. La mise en contenant peut nécessiter une préparation préalable (dilution) du ou des médicaments lorsque la forme pharmaceutique du produit est une poudre injectable.

On regroupe sous l'appellation générale de « solution ophtalmique » la mise en contenant sous la hotte de produits (médicaments et/ou véhicules) de la *Liste des médicaments* dont le mélange final correspond à la description d'une préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section des renseignements généraux de la *Liste des médicaments*.

- a) Le pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, même lorsqu'il fait préparer la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

Il est interdit à un pharmacien préparateur qui, à la demande d'un autre pharmacien, prépare un médicament magistral ou tout autre médicament qui nécessite une préparation, de vendre à ce pharmacien un tel médicament à un autre prix que celui assumé par le régime général, et de lui facturer d'autres honoraires que ceux établis selon les tarifs prévus à la présente entente.

Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique sont prévus au point 15 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu aux points 1B et 1C de l'annexe III.

- b) Le coût du médicament pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique correspond à la somme des coûts de chaque produit de la *Liste des médicaments* utilisé.

Le prix coûtant du pharmacien, tel que défini à la *Liste des médicaments*, s'applique, le cas échéant, à chaque adjuvant, véhicule, solvant ou produit utilisé pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Ce prix coûtant du pharmacien réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la *Liste des médicaments* est utilisée dans la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit.

- c) Lorsque la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique est préparée dans une pharmacie communautaire, la Régie paie au pharmacien le coût des services et des médicaments utilisés en autant que la préparation soit effectuée dans une pharmacie certifiée par l'Ordre des pharmaciens du Québec pour la préparation des produits stériles en pharmacie.
- d) La mise en seringue de solution de chlorure de sodium est payable si ce produit fait l'objet d'une ordonnance pour irrigation de cathéter et qu'il est utilisé conjointement à un médicament administré par voie parentérale. Toutefois, la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ne donne pas droit au paiement du coût de service prévu aux points 1B et 1C de l'annexe III.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.25 Thérapie parentérale sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 28 Demande de dérogation pour inscription rétroactive au régime**

Le pharmacien qui demande à la Régie une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime général d'assurance médicaments est rémunéré pour chacun des services qu'il a fournis à la personne assurée au-delà d'une période de quatre-vingt-dix-neuf (99) jours, selon le tarif prévu au point 21 de l'Annexe III lorsqu'il transmet la réclamation de façon électronique ou en complétant le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621) prévu à cette fin.

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.32 Demande de dérogation pour inscription rétroactive sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 29 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes**

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.36 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 30 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures**

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.39 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 31 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis**

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

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

le service doit viser les personnes à risque modéré ou élevé de complications gastrointestinales qui utilisent un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou de l'acide acétylsalicylique. Le risque est évalué selon les dispositions de l'avis de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en vigueur;
- la prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil);

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.39 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 32 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques suivants :**

- hypertension artérielle
- dyslipidémie
- hypothyroïdie
- diabète non insulino-dépendant
- traitement prophylactique de la migraine

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 33 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant le diabète insulino-dépendant**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 34 Services de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant l'anticoagulothérapie**

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

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée et des cibles définies par le médecin;
2. la rencontre initiale du pharmacien pour établir le plan de traitement et la fréquence des suivis;
3. l'interprétation des résultats des différentes analyses de laboratoire ou des tests requis à la prise en charge;
4. la rédaction de l'ordonnance d'ajustement de la médication, le cas échéant;

5. l'inscription au dossier de la personne assurée de l'ajustement de la médication, le cas échéant, et de la justification clinique;
6. la communication des résultats des analyses de laboratoire ou des tests, et le cas échéant des ajustements, au médecin et à la personne assurée;
7. la réalisation d'entrevues de suivi selon le plan de traitement établi.

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 35 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation**

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.41 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation sous l'onglet Communication interactive.

### **RÈGLE 36 Administration d'un médicament aux fins d'enseignement**

Lorsque le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire pour en démontrer l'usage approprié pour une auto-administration, la Régie paye le tarif désigné au point 9 de l'annexe III.

Le pharmacien doit s'assurer, avant d'administrer le médicament, qu'il y a lieu de l'administrer. Il doit, à cette fin, obtenir le consentement du patient et lui fournir l'enseignement approprié.

Le consentement, le nom du médicament administré, la dose, la voie et le moment d'administration doivent être consignés au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Ce tarif est payable pour un maximum d'une fois par année par personne assurée par médicament.

### **RÈGLE 37 Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement**

Lorsque le pharmacien exécute le service de substitution thérapeutique d'un médicament, la Régie paie le tarif désigné au point 16 de l'annexe III. Pour avoir droit au paiement, le pharmacien doit :

8. s'assurer qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux (2) pharmacies de sa région et auprès de deux (2) grossistes reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la Loi sur l'assurance médicaments;
9. substituer par un autre médicament de la même sous-classe thérapeutique mais appartenant à une autre dénomination commune;
10. en aviser la personne assurée;
11. inscrire au dossier de la personne assurée les démarches faites pour s'approvisionner, la substitution effectuée et l'avis donné à cet effet à cette personne et une copie doit être fournie à la Régie sur demande;
12. informer le médecin traitant de la substitution effectuée.

Dans les cas où une infolettre proposant une alternative au médicament en rupture d'approvisionnement a été émise par la Régie, le pharmacien doit également s'assurer que cette alternative n'est pas disponible selon les mêmes conditions décrites au point 1.

Un seul service est payable tant que la rupture d'approvisionnement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec l'alternative déterminée par le pharmacien au moment de la substitution.

Sauf dans les cas où l'opinion vise une modification à la sous-classe thérapeutique du médicament substitué, les opinions pharmaceutiques relatives aux conséquences possibles du médicament alternatif ne donnent droit à aucun paiement.

### **RÈGLE 38 Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée**

Lorsque le pharmacien exécute le service d'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée et qu'il modifie cette dose aux fins de :

- diminuer les effets indésirables d'un médicament;
- gérer les interactions médicamenteuses;
- prévenir la défaillance d'un organe;
- prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques de la personne assurée;
- prendre en compte le poids de la personne assurée;
- améliorer la tolérance de la personne assurée à la thérapie médicamenteuse;
- corriger une erreur manifeste de dosage;

la Régie paie le tarif désigné au point 17 de l'annexe III.

Le pharmacien doit aviser le médecin traitant de l'ajustement effectué ainsi que la personne assurée. Il doit également inscrire au dossier de cette personne les modifications qu'il a apportées et copie doit être transmise à la Régie sur demande.

L'ajustement de la forme ou de la quantité d'un médicament prescrit de même que la répartition d'une même dose quotidienne selon une fréquence posologique différente ne donnent droit à aucun paiement. Il en est de même des opinions pharmaceutiques ou des refus relatifs à l'ajustement réalisé.

### **RÈGLE 39 Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs**

Le service de la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs est destiné aux personnes pour lesquelles un médecin a établi un pronostic réservé, traitées à domicile, dans une résidence pour aînés, chez une personne aidante ou dans une maison de soins palliatifs, pour des médicaments inscrits à la Liste des médicaments. Il inclut, pour les pharmaciens qui offrent ce service, les activités suivantes :

- Assurer la dispensation des médicaments selon les tarifs normalement prévus à l'Entente et en assurer le suivi;
- Collaborer avec l'équipe de soins en interdisciplinarité;
- Établir un plan de soins pharmaceutiques et en assurer le suivi;
- Apporter les ajustements requis à la médication, le cas échéant, afin d'assurer le soulagement et le confort de la personne assurée.

Le pharmacien pourrait avoir à se déplacer au domicile de la personne assurée, à la résidence pour aînés, chez la personne aidante ou à la maison offrant les soins palliatifs.

Le pharmacien qui prend en charge une personne assurée en soins palliatifs a droit à un forfait hebdomadaire dont le tarif est désigné au point 30 de l'annexe III. Ce tarif comprend tout déplacement qui serait requis de la part du pharmacien au domicile de la personne assurée, chez la personne aidante ou à la maison offrant les soins palliatifs, en lien avec la prestation de ce service.

Le pharmacien fait état, au dossier de la personne assurée, du pronostic réservé établi par le médecin traitant, il y consigne le plan de soins pharmaceutiques de même que toutes les activités réalisées dans le cadre de ce service. Une copie de ces renseignements doit être transmise à la Régie sur demande.

Le service de l'ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée ne peut être facturé en surplus de ce service si des ajustements de doses doivent être exécutés.

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

Cette règle n'est pas encore en vigueur.

#### **RÈGLE 40 Prise en charge après une hospitalisation**

La Régie paie au pharmacien le tarif de la prise en charge après une hospitalisation prévu au point 19 de l'Annexe III aux conditions suivantes :

- la personne assurée doit avoir été hospitalisée plus de 24 heures et;
- au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants :
  - être ajouté à la thérapie actuelle ou;
  - être cessé ou;
  - faire l'objet d'une modification à la dose ou à la posologie.

Dans tous les cas le médicament doit être prescrit ou avoir été prescrit sur une base chronique (c'est-à-dire pour une période de 90 jours ou plus).

De ces trois médicaments, aucun ne doit correspondre à l'un de ceux-ci :

- calcium
- vitamine D
- vitamine B12 per os
- acétaminophène
- acide acétylsalicylique
- anovulants
- laxatifs-purgatifs
- inhibiteurs de la pompe à protons

Les renseignements suivants doivent être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé par le pharmacien pour effectuer sa facturation et versés au dossier-patient :

- durée de l'hospitalisation de la personne assurée;
- motifs de l'hospitalisation de la personne assurée, si disponible au bilan comparatif des médicaments;
- noms des médicaments ajoutés, cessés ou modifiés;
- dans le cas d'une modification, la nature de celle-ci doit être précisée;
- interventions réalisées par le pharmacien et suivis requis, le cas échéant.

Une copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Les opinions pharmaceutiques et les refus sont payables lorsqu'ils sont requis.

Cette règle n'est pas encore en vigueur.

### 5.1.3 ANNEXE III – TARIF

VOIR SOUS L'ONGLET *TARIF*

### 5.1.4 ANNEXE IV – FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT

..... 20.....

Le Président-directeur général  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

Monsieur,

Je, soussigné, .....

pharmacien remplissant les conditions de la Loi sur la pharmacie et visé à l'entente intervenue  
entre le Ministre et l'AQPP,

exerçant .....

à titre de :

- pharmacien soumis à l'application d'une entente (.....)
- pharmacien non-participant (.....)

(pointez (✓) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

- pharmacien soumis à l'application d'une entente (.....)
- pharmacien non-participant (.....)

(pointez (✓) la mention utile)

le tout suivant la Loi sur l'assurance maladie.

Veuillez prendre note que je suis inscrit à la Régie sous le numéro .....

et que je détiens le permis d'opération numéro .....

(indiquez les numéros qui apparaissent sur vos fiches d'inscription à la Régie)

(signature)

### 5.1.5 ANNEXE V – FORMULE DE DIFFÉREND

..... 20.....

À :

#### **PARTIE EN CAUSE**

Nom du pharmacien :

Numéro du professionnel :

Adresse du pharmacien :

Numéro de téléphone :

Nom de l'Association :

Si le différend a pour objet une demande de paiement :

Numéro de la demande de paiement :

Numéro de code du médicament :

Dates des services :

Date de réception de la demande de paiement à la Régie :

(Cette mention, composée de 4 chiffres, apparaît à la 2<sup>e</sup> colonne de l'état de compte sous l'intitulé « date »)

Date du dernier état de compte où apparaît la demande de paiement objet du différend :

Numéro de la demande de paiement en référence s'il y a lieu :

Nom du bénéficiaire :

et numéro d'assurance maladie

ou C. P. 12 :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Date :

Le pharmacien ou l'Association

## 5.1.6 ANNEXE VI – PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

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

### 5.1.7 ANNEXE VII – LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L’OPINION SUR L’INOBSERVANCE

#### A

(identifiée à la Règle 11 Opinion pharmaceutique relative à l’inobservance de l’entente des pharmaciens) Les critères retenus pour définir l’inobservance dans toute situation indiquée à l’annexe VII-A sont :

- a) une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours;
- b) une acquisition ou une demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui est inférieure de vingt pour cent (20 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de quatre-vingt-dix (90) jours.

Situation	Médicaments
Asthme	12:12.08 Agonistes bêta adrénergiques inhalés
	68:04 Corticostéroïdes inhalés (Associations d’agoniste bêta adrénergique et de corticostéroïde inhalés)
	*4:00 Antihistaminiques (kétotifène)
	48:10.24 Antagonistes des récepteurs des leucotriènes
Tuberculose	Tous les médicaments couverts par et dispensés dans le cadre du « Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose »
Dyslipidémie	24:06 Hypolipémiants
	24:04 Cardiotropes
Hypertension artérielle et maladies cardiaques	24:08 Antihypertenseurs
	24:12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.1. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole)
	24:20 Bloquants alpha-adrénergiques
	24:20 Bloquants bêta-adrénergiques
	24:28 Bloquants du canal calcique
	24:32 Inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone
	40:28 Diurétiques

Situation	Médicaments
Diabète de type II	68:20.02 Inhibiteurs des alpha-glucosidases
	68:20.04 Biguanides
	68:20.05 Inhibiteurs de la DDP-4
	68:20.16 Méglitinides
	68:20.20 Sulfonylurées
	68:20.28 Thiazolindinediones
Épilepsie	28:12 Anticonvulsivants (sauf Clonazépam)
	28:16.04 Antidépresseurs
Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.08 Antipsychotiques
	*28:24.92 Divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (prométhazine)
	*28:28 Autres psychotropes (lithium)

### B

(identifiée à la Règle 11 Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance de l'entente des pharmaciens) Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-B sont :

- a) une acquisition ou demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de vingt pour cent (20 %) la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours;
- b) une acquisition ou demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui est inférieure de cinq pour cent (5 %) à la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de quatre-vingt-dix (90) jours ou de dix pour cent (10 %) lorsque le calcul porte sur une période de trente (30) jours ou moins. Dans les deux cas, le calcul de cette proportion est cumulatif.

Infection au VIH 08:18:08 Antirétroviraux

\* Indique les seuls médicaments retenus dans une classe ou sous-classe.

**NOTE** : Toutes les formes injectables sont exclues.

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

## 5.2 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, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles;
- l'opinion pharmaceutique;
- le refus d'exécuter une ordonnance;
- la transmission d'un profil;
- le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation;
- le service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures;
- le service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis;
- le service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (règles 32, 33 et 34);
- le service d'ajustement d'une dose de médicament à des fins de sécurité;
- le service de substitution d'un médicament en cas de rupture d'approvisionnement;
- le service de prise en charge après une hospitalisation;
- le service de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs, incluant le suivi des déplacements requis par le pharmacien dans le cadre de la prestation de ce service;
- les ententes particulières concernant la naloxone, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) et la contraception orale d'urgence.

Ce comité aura également pour mandat lorsque l'évolution des coûts d'un service croît à un rythme plus rapide que celui anticipé selon la tendance historique observée, d'analyser et de comprendre les motifs qui expliquent cette situation et de recommander aux parties les mesures appropriées dans les plus brefs délais, le cas échéant.

Pour le service du pilulier, le suivi est fait à partir des données actuellement colligées et analysées dans le rapport du comité conjoint. De nouveaux éléments seront intégrés au tableau de bord actuel de suivi au moment de la mise en place du nouveau mode de rémunération.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 5.3 Lettre d'entente n° 2

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

De même, dans les trente (30) jours de l'entrée en vigueur d'une modification au Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien (chapitre P-10, a. 10, 1<sup>er</sup> al., par. i) adopté en vertu de la Loi sur la pharmacie ou d'une modification au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, a. 19, 1<sup>er</sup> al., par. B) adopté en vertu de la Loi médicale, ou d'une modification aux principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les parties conviennent d'en évaluer l'impact et, le cas échéant, de négocier toute modification ou ajout pertinent à la présente entente.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 5.4 Lettre d'entente n° 3

Considérant la volonté des parties de mettre en place un nouveau mode de rémunération des services dispensés par les pharmaciens propriétaires dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments;

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

Les parties s'engagent à poursuivre les travaux amorcés sur la révision du mode de rémunération en ayant pour objectif de les compléter au 31 décembre 2018. Les parties conviennent que la date visée pour la mise en place fonctionnelle du nouveau mode de rémunération est le 1<sup>er</sup> avril 2020.

Les travaux à réaliser sont en continuité des rapports conjoints suivants déposés le 17 janvier 2018 :

- Lettre d'entente n° 6 concernant la mise en place d'un comité spécifique de concertation des intervenants liés à l'ensemble des règlements, normes ou protocoles relatifs au service du pilulier et de suivi de ce dernier.
- Lettre d'entente n° 7 concernant la mise en place d'un comité paritaire chargé de revoir le mode de rémunération.

Les parties ont poursuivi les travaux et en sont arrivés à définir les différentes composantes du mode de rémunération, à savoir la composante technique, la composante clinique et les activités cliniques. Les travaux permettant d'établir les niveaux de surveillance sont complétés.

Les travaux à poursuivre et à compléter se résument comme suit :

- Finaliser l'élaboration du nouveau mode de rémunération et ce que comprend chacune de ses composantes, notamment les activités cliniques.
- Établir les proportions que devraient représenter chacune des composantes du nouveau mode de rémunération pendant une période transitoire à définir et à terme.
- Planifier le déploiement du nouveau mode du point de vue opérationnel et financier selon un calendrier à préciser.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 5.5 Lettre d'entente n° 4

---

Dans les trente (30) jours de l'abrogation, par décret, du programme de rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments chez certaines prestataires de la sécurité du revenu, et dans la mesure où le Gouvernement du Québec désire mettre en place un nouveau programme dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments d'une personne admissible au programme « Alerte » de l'Ordre des pharmaciens du Québec, les parties conviennent de négocier, par entente particulière, la rémunération du pharmacien.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 5.6 Lettre d'entente n° 5

---

Les parties s'engagent, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la signature de l'Entente, dans le cadre de travaux en comité paritaire, à discuter des problèmes rencontrés par les pharmaciens lors de baisses de prix des médicaments survenant du fait des actions du Ministre ou du Gouvernement. Les problèmes liés à la diminution de la valeur de l'inventaire et les mécanismes possibles d'atténuation de ce phénomène seront discutés.

Le comité décide de ses modalités de fonctionnement et transmet ses recommandations, le cas échéant, au Ministre. Les travaux du comité paritaire prennent fin le 30 mars 2020.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 5.7 Lettre d'entente n° 6

Les parties conviennent d'instaurer un mécanisme de garantie basé sur un montant annuel d'allocations professionnelles reçu par les pharmaciens de 162,09 M\$, au sens du Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (RLRQ, c. A-29, r. 1).

Le mécanisme de garantie s'applique du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 30 mars 2020 inclusivement. La garantie trouve application uniquement si les écarts observés entre les allocations reçues et le montant garanti de 162,09 M\$ annuellement sont le fait d'actions du Ministre ou du Gouvernement ayant des conséquences sur les allocations professionnelles versées par les fabricants de médicaments génériques.

Si les allocations professionnelles n'atteignent pas le montant de 162,09 M\$ pour la période garantie, la RAMQ versera aux pharmaciens propriétaires membres de l'AQPP, selon les directives du Ministre, l'écart entre ce dernier montant et le montant des allocations professionnelles effectivement versées jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 12,5 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019 et de 20,0 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 30 mars 2020, selon des modalités à déterminer par les parties.

Selon la disponibilité des données déclarées à la RAMQ en regard des ventes de médicaments génériques et des allocations professionnelles versées, soit en juin d'une année pour l'année civile précédente, l'analyse des montants d'allocations professionnelles reçues durant la période garantie se fera comme suit :

- a) En juin 2019, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 décembre 2018 seront analysés. Si ces montants n'atteignent pas 75 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 12,5 M\$.
- b) Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 12,5 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 mars 2019 seront analysés en juin 2020. Si ces montants n'atteignent pas 25 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 12,5 M\$ diminué du montant déjà attribué au point a) le cas échéant.
- c) En juin 2020, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 décembre 2019 seront analysés. Si ces montants n'atteignent pas 75 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 20,0 M\$.
- d) Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 20,0 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 30 mars 2020 seront analysés en juin 2021. Si ces montants n'atteignent pas 25 % du montant garanti de 162,09 M\$, selon les modalités décrites dans la présente lettre d'entente, la garantie trouvera application, jusqu'à concurrence d'un montant de 20,0 M\$ diminué du montant déjà attribué au point c) le cas échéant.

Les parties conviennent de mettre en place un comité paritaire de suivi. Ce comité a pour mandat d'assurer le suivi de l'application conforme du mécanisme de garantie. Le comité de suivi poursuit ses travaux jusqu'à ce que les données nécessaires aient été obtenues afin de vérifier l'application du mécanisme de garantie jusqu'au 30 mars 2020.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2018.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN THIFFAULT**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires



## 6 AUTRES PROGRAMMES

### 6.1 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS

#### ENTENTE PARTICULIÈRE

#### RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DES PHARMACIENS ET DES MÉDICAMENTS FOURNIS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES ITSS

#### ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

#### ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

#### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels des pharmaciens ainsi que les médicaments qu'ils fournissent dans le cadre du programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement (ITSS).

#### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour les fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

##### 1.01 Bénéficiaire

Personne atteinte d'une ITSS ou soumise à un traitement chimioprophylactique d'une ITSS qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la RAMQ a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

##### 1.02 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

##### 1.03 Médicaments

Le Ministre de la Santé et des Services sociaux dresse la liste particulière des médicaments dont la RAMQ assume le coût dans le cadre de ce programme.

Le coût des médicaments est celui par ailleurs établi pour chacun de ces médicaments dans la *Liste des médicaments* visés à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c. 32).

#### ARTICLE 2 - PROCÉDURE

**2.01** Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant ou d'un résident en médecine qui comprend, outre les renseignements habituels, les codes spécifiques correspondant au programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement.

**2.02** La RAMQ paie le coût des médicaments et des services professionnels prévus aux articles 1.03 et 3.01, compte tenu du paragraphe 4.03.

- 2.03** Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la RAMQ pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :
- si le bénéficiaire est âgé de moins d'un an;
  - si le bénéficiaire est âgé de quatorze (14) ans ou plus, mais de moins de dix-huit (18) ans et qu'il reçoit des services assurés sans autorisation parentale, mais à condition que le pharmacien fournisse les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.
- 2.04** Le bénéficiaire non visé au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer les médicaments et les services professionnels; par la suite, il en demande le remboursement à la RAMQ sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir du bénéficiaire plus que ce qui est prévu au présent programme.

### **ARTICLE 3 - LES SERVICES PROFESSIONNELS**

**3.01** Les services professionnels sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance
- le refus d'exécution d'une ordonnance
- le service sur appel
- l'opinion pharmaceutique

### **ARTICLE 4 - RÉMUNÉRATION**

- 4.01** Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus énumérés à l'article 3.01 de la présente entente les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.
- 4.02** Le pharmacien doit indiquer à la RAMQ sur la demande de paiement le code correspondant au programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS selon les informations fournies sur l'ordonnance remise au bénéficiaire ou transmise verbalement par le médecin ou le résident en médecine.
- 4.03** Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c.32).

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS sous l'onglet Communication interactive.

### **ARTICLE 5 - DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 5.01** Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au présent programme.
- 5.02** La présente entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1996 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de juin 1998.

**JEAN ROCHON**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**CLAUDE GAGNON**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.2 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la tuberculose

### ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DES PHARMACIENS ET DES MÉDICAMENTS FOURNIS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LA CHIMIO-PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels des pharmaciens ainsi que les médicaments qu'ils fournissent dans le cadre du programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.

### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour les fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Bénéficiaire

Personne atteinte de la tuberculose ou soumise à un traitement chimioprophylactique de la tuberculose qui réside au Québec, qui est dûment inscrite au régime d'assurance maladie auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la RAMQ a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

#### 1.02 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie conclue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

#### 1.03 Médicaments

Le Ministre de la Santé et des Services sociaux dresse la liste particulière des médicaments dont la RAMQ assume le coût dans le cadre de ce programme.

Le coût des médicaments est celui par ailleurs établi pour chacun de ces médicaments dans la *Liste des médicaments* visés à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c. 32).

### ARTICLE 2 - PROCÉDURE

**2.01** Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant ou d'un résident en médecine qui comprend, outre les renseignements habituels, un code spécifique correspondant au programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie ou le traitement de la tuberculose.

**2.02** La RAMQ paie le coût des médicaments et des services professionnels prévus aux paragraphes 1.03 et 3.01, compte tenu du paragraphe 4.03.

- 2.03** Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la RAMQ pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :
- si le bénéficiaire est âgé de moins d'un an;
  - si le bénéficiaire est âgé de quatorze (14) ans ou plus et de moins de dix-huit (18) ans et qu'il reçoit des services assurés sans autorisation parentale, mais à condition que le pharmacien fournisse les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.
- 2.04** Le bénéficiaire non visé au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer les médicaments et les services professionnels; par la suite, il en demande le remboursement à la RAMQ sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir du bénéficiaire plus que ce qui est prévu au présent programme.

### ARTICLE 3 - LES SERVICES PROFESSIONNELS

- 3.01** Les services professionnels sont les suivants :
- l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance;
  - le refus d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance;
  - le service sur appel;
  - l'opinion pharmaceutique.

### ARTICLE 4 - RÉMUNÉRATION

- 4.01** Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus énumérés à l'article 3.01 de la présente entente les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.
- 4.02** Le pharmacien doit indiquer à la RAMQ sur la demande de paiement le code correspondant au programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose selon les informations fournies sur l'ordonnance remise au bénéficiaire ou transmise verbalement par le médecin ou le résident en médecine.
- 4.03** Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c.32).

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose sous l'onglet Communication interactive.

### ARTICLE 5 - DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR

- 5.01** Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au présent programme.
- 5.02** La présente entente entre en vigueur le 17 février 1997, date d'entrée en vigueur du décret n° 98-97 relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose, et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de juin 1998.

**JEAN ROCHON**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**CLAUDE GAGNON**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.3 Mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments

### ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AUX SERVICES PROFESSIONNELS ET À LA RÉMUNÉRATION DES PHARMACIENS  
DANS LE CADRE D'UN MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION  
DES MÉDICAMENTS CHEZ CERTAINS PRESTATAIRES DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

**AVIS :** Ce programme est suspendu depuis 2005.

### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels et la rémunération de services pharmaceutiques dans le cadre du mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu.

### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour les fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Comité d'analyse

Le comité d'analyse des profils de consommation des médicaments mis sur pied par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour analyser, évaluer et faire des recommandations sur des prototypes de dossiers médico-pharmacologiques des prestataires de la sécurité du revenu ayant un profil exceptionnel de consommation des médicaments, dans le cadre du mécanisme.

#### 1.02 Pharmacien désigné

Le pharmacien choisi par un prestataire de la sécurité du revenu dans le cadre du mécanisme ou à défaut déterminé par le ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, auquel ce prestataire de la sécurité du revenu doit obligatoirement s'adresser pendant une période donnée pour obtenir les services pharmaceutiques et les médicaments couverts en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

#### 1.03 Bénéficiaire

Le prestataire de la sécurité du revenu détenteur d'un carnet de réclamation délivré suivant les articles 70 et 71 de la Loi sur l'assurance maladie et identifié comme ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments.

### ARTICLE 2 - PROCÉDURE

**2.01** Le choix d'un pharmacien comme pharmacien désigné est fait par le prestataire de la sécurité du revenu concerné auprès du ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu ou à défaut par le ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu qui normalement choisit alors le pharmacien auquel a recours le plus souvent le prestataire. Le pharmacien désigné est d'abord avisé par écrit par ce ministère, qui lui expédie le carnet de réclamation de ce prestataire de la sécurité du revenu en lui annonçant qu'une lettre d'information suivra du secrétariat du comité d'analyse.

- 2.02** Sur réception de cet avis et du carnet de réclamation, le pharmacien choisi devient pharmacien désigné à moins d'aviser le prestataire de la sécurité du revenu de son refus dans les trois (3) jours qui suivent. Le pharmacien qui refuse, doit retourner sans délai le carnet de réclamation de ce bénéficiaire au ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu.
- 2.03** La Régie de l'assurance maladie du Québec fait parvenir à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, tous les deux mois, la liste complète de tous les pharmaciens désignés en fonction pendant les mois précédents, spécifiant pour chacun d'eux le nombre de « prestataires concernés ».

### **ARTICLE 3 - LA SURVEILLANCE ET LE SUIVI DE LA CONSOMMATION DU BÉNÉFICIAIRE**

- 3.01** À la première visite du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :
- a) doit expliquer en privé les modalités de surveillance et de suivi de consommation de médicaments qu'il entend appliquer à son cas;
  - b) doit l'inviter à poser toutes les questions qui le préoccupent en regard du mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments;
  - c) doit aviser le médecin traitant du prestataire que celui-ci fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
  - d) doit inviter le médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu qui donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.
- 3.02** Lors de visites subséquentes du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :
- a) doit s'informer si ce prestataire de la sécurité du revenu a obtenu de nouvelles prescriptions depuis sa visite précédente;
  - b) doit aviser tout nouveau médecin traitant que le prestataire fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
  - c) doit inviter tout nouveau médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu si elles donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.
- 3.03** Le pharmacien désigné doit inscrire au dossier-patient du prestataire de la sécurité du revenu toutes les informations utiles pour assurer la surveillance et le suivi de la consommation de médicaments de ce prestataire de la sécurité du revenu y compris, s'il le juge nécessaire, des informations sur les médicaments dont le prestataire de la sécurité du revenu assume lui-même le coût.

### **ARTICLE 4 - RÉMUNÉRATION**

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.18 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle de l'onglet Communication interactive.

- 4.01** Le pharmacien désigné reçoit, pour chacun des prestataires de la sécurité du revenu, une rémunération mensuelle fixe de vingt dollars (20,00 \$) laquelle est payable, pour chaque mois ou partie de mois, que les services aient été rendus par lui-même ou un pharmacien à son emploi.
- 4.02** En plus de la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, le pharmacien désigné a droit, pour les services visés par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et dispensés au prestataire de la sécurité du revenu concerné, aux honoraires et remboursements prévus.

- 4.03** Au début de chaque mois, le pharmacien désigné fait parvenir à la Régie de l'assurance maladie du Québec, une demande spécifique pour la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, payable pour le mois précédent en regard de chacun des prestataires de la sécurité du revenu concernés.
- 4.04** Cette demande de paiement est soumise aux règles prévues aux articles 5, facturation et 6, paiement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, en autant qu'elles peuvent être applicables.

#### **ARTICLE 5 - DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 5.01** L'article 7, différend et arbitrage de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires fait partie de la présente entente.
- 5.02** La présente entente en vigueur à la date d'entrée en vigueur par décret de l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du programme de rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu. Cette entente demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et par la suite, elle peut être renouvelée d'un commun accord avec ou sans modification.

QUÉBEC, LE 30<sup>e</sup> JOUR DE AVRIL 1992.

**MARC-YVAN CÔTÉ**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**JEAN-GUY PRUD'HOMME**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.4 Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement

### ENTENTE PARTICULIÈRE

#### RELATIVE AU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT AVEC SERVICES ET LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

### PRÉAMBULE

Considérant que le gouvernement a mis en place un programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés à titre de projet pilote;

Considérant que le programme prévoit que les médicaments et les services pharmaceutiques sont fournis par le réseau des pharmacies privées;

Cette entente vise à établir les modalités ayant trait à la gratuité des médicaments et des services professionnels dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés.

### ARTICLE 1 - DÉFINITION

Pour les fins de la présente entente particulière, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Bénéficiaire

Personne âgée de 65 ans ou plus qui bénéficie du programme d'achat de places, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite au régime d'assurance maladie auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui détient une carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et qui présente une attestation de sa participation au programme d'achat de places.

#### 1.02 Pharmacien

Pharmacien assujetti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie conclue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

#### 1.03 Médicaments

Les médicaments assurés dans le cadre de ce programme sont ceux inscrits à la *Liste des médicaments* dressée par le Ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32).

Les médicaments d'exception sont payables aux conditions habituelles prévues à l'article 2.1 du Règlement du régime général d'assurance médicaments, sous réserve d'une autorisation préalable de la Régie de l'assurance maladie du Québec dans tous les cas.

Les médicaments sont aussi ceux inscrits à la *Liste des médicaments - établissements* conformément au premier alinéa de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et n'apparaissant pas à la liste visée à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives.

Le coût des médicaments est celui par ailleurs établi pour chacun de ces médicaments dans la *Liste des médicaments* visés à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32). Pour les médicaments prévus au troisième alinéa, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

## **ARTICLE 2 - PROCÉDURE**

- 2.01** Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un résident en médecine.
- 2.02** La Régie de l'assurance maladie du Québec paie le coût des médicaments et des services professionnels prévus aux paragraphes 1.03 et 3.01, compte tenu du paragraphe 3.02.
- 2.03** Le bénéficiaire qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation doit payer les médicaments et les services professionnels; par la suite, il en demande le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir du bénéficiaire plus que ce qui est prévu au présent programme.

## **ARTICLE 3 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS**

- 3.01** Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et il est soumis aux règles d'application prévues à cette entente; toutefois, le tarif prévu pour le pilulier n'est pas payable dans le cadre de ce programme.
- 3.02** Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32).

## **ARTICLE 4 - DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 4.01** Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'appliquent au présent programme.
- 4.02** La présente entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de juin 1998.

**JEAN ROCHON**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**CLAUDE GAGNON**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.5 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

### ENTENTE PARTICULIÈRE

#### RELATIVE AU PROGRAMME DE GRATUITÉ DE LA PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

### PRÉAMBULE

Dans le but d'assurer une plus grande accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU), un programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence est mis en place par le gouvernement.

Cette entente particulière vise la prestation des services professionnels et sa rémunération. Cette entente particulière ne touche pas l'exécution de l'ordonnance et sa rémunération ainsi que le remboursement du coût des médicaments.

### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour les fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Personne admissible au programme

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 sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la RAMQ a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population, le tout sous réserve des lois provinciales applicables.

#### 1.02 Contraception orale d'urgence

Médicament de la *Liste des médicaments* requis dans les heures suivant la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence par une femme à la suite d'un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée.

#### 1.03 Prestation

Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.

#### 1.04 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

#### 1.05 RAMQ

Régie de l'assurance maladie du Québec.

### ARTICLE 2 - PROCÉDURE

**2.01** Le pharmacien fournit la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence définie à l'article 3 à la personne admissible au programme qui en fait la demande.

**2.02** La RAMQ paie le coût de cette prestation prévu à l'article 4.

- 2.03** Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la RAMQ pour la prestation fournie même si la personne admissible au programme n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide dans le cas suivant :
- Si la personne est âgée de quatorze (14) ans ou plus et de moins de dix-huit (18) ans et qu'elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale, mais à condition que le pharmacien fournisse à la RAMQ les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.
- 2.04** La personne admissible au programme non visée au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer la prestation; par la suite, elle en demande le remboursement à la RAMQ sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir de la personne plus que ce qui est prévu à la présente entente.

### **ARTICLE 3 - LA PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE**

- 3.01** La prestation comprend les éléments prévus à la norme 2001.01 (Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence) de l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- 3.02** Le pharmacien doit consigner au dossier-patient les renseignements prévus au paragraphe 3.01 et transmettre une copie sur demande à la RAMQ.

### **ARTICLE 4 - RÉMUNÉRATION**

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.28 de l'onglet Communication interactive.

- 4.01** La RAMQ paie au pharmacien le coût de la prestation définie à l'article 3 qu'il a rendue lui-même à une personne admissible au programme ou qui a été rendue par une autre personne, à son emploi, autorisée par la Loi sur la pharmacie en autant que le pharmacien qui fait la prestation soit titulaire d'une attestation de formation suivie et réussie que lui a délivrée l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.
- 4.02** Le pharmacien reçoit pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence un tarif de 18,59 \$.
- 4.03** Le pharmacien doit indiquer à la RAMQ sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.
- 4.04** La personne admissible au programme ne paie pas pour la prestation prévue à l'article 3 sauf pour la situation visée au paragraphe 2.04.

### **ARTICLE 5 - ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 5.01** La présente entente entre en vigueur le 17 décembre 2003, suite à l'entrée en vigueur du décret n° 983-2003 du 17 septembre 2003 relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9<sup>e</sup> jour de décembre 2003.

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**NORMAND BONIN**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.6 Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile

### ENTENTE PARTICULIÈRE

#### RELATIVE AU PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES, DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES OU D'UNE PRÉPARATION MAGISTRALE NON STÉRILE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

#### PRÉAMBULE

Lors de l'instauration du régime général d'assurance médicaments (RGAM) en janvier 1997, des dispositions ont été prises pour que le régime général prenne en charge les clientèles ambulatoires nécessitant des thérapies parentérales. À ce titre, la *Liste des médicaments* a été modifiée afin de tenir compte des besoins des clientèles ambulatoires et une entente est intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires afin de prévoir la rémunération du pharmacien communautaire pour la préparation d'une ordonnance de médicaments pour usage parentéral. L'entente prévoit aussi que le pharmacien peut faire préparer le médicament à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien (préparateur) qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour ce service.

Dans le but de permettre une plus grande accessibilité à l'utilisation des thérapies parentérales par le biais des pharmacies communautaires, un programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile est mis en place par le gouvernement. L'administration du programme est confiée à la RAMQ (décret n° 1283-2003 du 3 décembre 2003).

Cette entente particulière vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport d'une thérapie parentérale et d'une solution ophtalmique entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

Cette entente particulière ne touche pas l'exécution de l'ordonnance et sa rémunération ni le remboursement du coût des médicaments.

#### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

##### 1.01 Personne admissible au programme

Toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien dispensateur avec qui la RAMQ a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

##### 1.02 Thérapies parentérales et solutions ophtalmiques

Les thérapies parentérales et solutions ophtalmiques sont celles prévues au point 15 de l'annexe III de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et qui sont conformes à la règle 27 de l'annexe II de l'Entente.

##### 1.03 Pharmacien préparateur

Pharmacien qui a reçu une accréditation de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) pour la préparation des produits stériles.

#### 1.04 Pharmacien dispensateur

Pharmacien qui exécute l'ordonnance de thérapie parentérale ou de solution ophtalmique et qui est assujéti à l'application de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

#### 1.05 RAMQ

Régie de l'assurance maladie du Québec.

#### 1.06 Coût de transport

Le coût de transport comprend les frais de l'emballage ainsi que les frais de transport entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Les frais de l'emballage couvrent le coût des fournitures de l'emballage, des fournitures de conditionnement et du temps pour préparer le colis et contacter le transporteur. Les frais de l'emballage sont remboursables lorsqu'il y a une demande de remboursement des frais de transport d'une thérapie parentérale.

### ARTICLE 2 - PRINCIPES GUIDANT LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

**2.01** Le pharmacien dispensateur a le choix du pharmacien préparateur.

**2.02** L'utilisation du service de livraison habituel du pharmacien dispensateur n'est pas remboursable entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

**2.03** Deux catégories de transport sont considérées

- Le transport régulier

Le transport régulier s'inscrit dans le cadre de la messagerie rapide avec la livraison le lendemain. La compagnie de transport est celle qui est retenue à la suite d'un appel d'offres annuel fait par le Secrétariat du Conseil du trésor. Pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 novembre 2003, la compagnie DICOM a été retenue. Les caractéristiques du transport régulier sont les suivants :

- **Le territoire à desservir** est la province de Québec, à l'exclusion des Îles-de-la-Madeleine, de l'Île d'Anticosti et de la partie du territoire situé au nord du 51<sup>e</sup> parallèle. Il inclut également la partie de la province de l'Ontario qui couvre les codes postaux débutant par K, L, M, N (sauf la péninsule de Bruce);
- **Les services sont disponibles** du lundi au vendredi, entre 08 h 30 et 12 h 00 et entre 13 h 00 et 16 h 30, excluant les samedi, dimanche et les jours fériés;
- **Le délai de livraison** est garanti le jour ouvrable suivant la cueillette pour tout le territoire à desservir. Le cas échéant, le transporteur doit laisser une carte prouvant une tentative de livraison et une seconde livraison devra à nouveau être effectuée le lendemain sans frais additionnels;
- **Le lieu de livraison** doit se faire à l'adresse du destinataire;
- **Une assurance** de 100 \$ est incluse dans le tarif. Dans le cas d'une perte supérieure à 100 \$, le pharmacien dispensateur doit utiliser la considération spéciale (C.S.).

**AVIS** : À compter du 24 avril 2010, à la suite d'un appel d'offres du Centre de services partagés du Québec qui couvre l'ensemble des transports du Gouvernement du Québec, PUROLATOR a été retenu pour le programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile. Les conditions du programme et les modalités de fonctionnement demeurent inchangées. Pour plus de détails, veuillez consulter l'infolettre 007 du 9 avril 2010 (Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques) disponible sur le site Internet de la RAMQ au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans les infolettres de la section Pharmaciens.

– Le transport d'urgence ou d'exception

Le transport d'urgence ou d'exception s'effectue dans la même journée du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés. Il est utilisé dans une des situations suivantes :

- Assurer la continuité d'un traitement commencé le vendredi avant-midi à l'hôpital;
- Assurer la continuité du traitement lorsqu'il y a changement de posologie;
- Assurer la continuité du traitement dans le cas d'un bris ou d'une mauvaise conservation du produit par le patient;
- Maintenir la stabilité du produit de telle sorte que la livraison doive se faire dans un court délai, dans moins de 24 heures.

**2.04 Le coût de transport couvre les éléments distincts suivants :**

– Les frais de l'emballage

Les frais de l'emballage sont facturés à la RAMQ par le pharmacien dispensateur. Si deux ou plusieurs thérapies parentérales sont contenues dans un même paquet, un seul coût de l'emballage est remboursable. Les frais de l'emballage sont remboursés selon le tarif établi à l'article 4.01.

– Les frais de transport

Le transport régulier est effectué par la compagnie retenue par le Secrétariat du Conseil du trésor et les frais pour le transport régulier sont facturés directement à la RAMQ par le transporteur.

Les frais pour le transport d'urgence ou d'exception sont remboursables selon le coût réel encouru sur la base des pièces justificatives et selon la disposition établie à l'article 4.02. Ces frais de transport sont facturés à la RAMQ par le pharmacien dispensateur.

**2.05** Aucun coût de transport ne peut être facturé à la personne admissible au programme.

**ARTICLE 3 - PROCÉDURE**

**3.01** Le pharmacien exécute une ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique pour une personne admissible en ayant recours à un pharmacien préparateur.

**3.02** Le pharmacien dispensateur communique au pharmacien préparateur le numéro de l'ordonnance de la thérapie parentérale ou de la solution ophtalmique. Ce numéro de l'ordonnance doit être le même que celui pour lequel le pharmacien dispensateur fait la demande de paiement en médicament, honoraires et emballage.

- 3.03** Le pharmacien préparateur doit utiliser le formulaire de connaissance fourni par le transporteur et il doit obligatoirement inscrire le numéro de l'ordonnance sur le connaissance du transporteur ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien dispensateur. À défaut de l'inscription du numéro de l'ordonnance sur le connaissance, la RAMQ effectue, par post-paiement, une réclamation au pharmacien dispensateur des montants correspondant aux frais de l'emballage (qu'elle lui avait payé en mode interactif) et aux frais de transport de la compagnie choisie par le gouvernement.
- 3.04** La RAMQ rembourse au pharmacien dispensateur les frais encourus pour le transport de l'ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique entre le lieu du pharmacien préparateur et le lieu du pharmacien dispensateur selon la tarification établie à l'article 4.
- 3.05** Le pharmacien dispensateur doit garder les pièces justificatives pendant trois ans.

#### **ARTICLE 4 - TARIFICATION**

**AVIS** : Voir les sections 2.3.4.29 et 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.

- 4.01** Le tarif pour les frais de l'emballage est fixé à 5,92 \$.
- 4.02** Le tarif maximum pour les frais de transport d'urgence ou d'exception est fixé à 75,00 \$. Toutefois, lorsque le tarif du transporteur dépasse 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir l'autorisation préalable de la RAMQ en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.
- 4.03** Ces tarifs peuvent être revus annuellement sur la base de l'appel d'offres du choix du transporteur retenu par le Secrétariat du Conseil du trésor.

#### **ARTICLE 5 - ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 5.01** La présente entente entre en vigueur 90 jours après la date d'entrée en vigueur du décret n° 1283-2003, relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec, du programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile.

Cette entente se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'Entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11<sup>e</sup> jour de mars 2004.

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**NORMAND BONIN**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.7 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie

### ENTENTE PARTICULIÈRE

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DES PHARMACIENS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDÉMIE

**AVIS :** Ce programme est suspendu depuis le 3 octobre 2011.

### PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels des pharmaciens dans le cadre du programme de gratuité des médicaments identifiés au paragraphe 1.04 pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

### ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Aux fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

#### 1.01 Situation de pandémie

Période durant laquelle le ministre donne accès gratuitement aux médicaments provenant de la réserve provinciale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

#### 1.02 Personne admissible au programme

Personne atteinte d'un virus pandémique de la grippe, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le programme sauf celui fourni par un pharmacien avec qui la RAMQ a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

#### 1.03 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

#### 1.04 Médicaments

Les médicaments de ce programme proviennent de la réserve provinciale du MSSS. Ces médicaments sont fournis gratuitement par le MSSS et demeurent sa propriété.

Toutefois, si le pharmacien doit fournir le solvant nécessaire à la préparation magistrale d'une solution orale à partir d'un comprimé ou d'une capsule, il a droit au remboursement de ce solvant.

### ARTICLE 2 - PROCÉDURE

**2.01** Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant, d'un résident en médecine, ou d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments en vertu d'une loi du Québec, qui comprend les renseignements habituels.

**2.02** La RAMQ paie les services professionnels prévus au paragraphe 3.01, compte tenu du paragraphe 4.03, et ce, dans la mesure où le pharmacien est dépositaire des médicaments identifiés au paragraphe 1.04.

- 2.03** Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la RAMQ pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants:
- si la personne est âgée de moins d'un an;
  - si la personne est âgée de quatorze (14) ans ou plus, mais de moins de dix-huit (18) ans et qu'elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale, mais à condition que le pharmacien fournisse les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
  - si la personne est immigrante et qu'elle présente une lettre de la RAMQ confirmant la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec ainsi que la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence.
- 2.04** La personne admissible au programme non visée au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer les services professionnels; par la suite, elle en demande le remboursement à la RAMQ sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir de la personne plus que ce qui est prévu au programme.

### **ARTICLE 3 - LES SERVICES PROFESSIONNELS**

**3.01** Les services professionnels sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- le service sur appel;
- l'opinion pharmaceutique.

### **ARTICLE 4 - RÉMUNÉRATION**

**AVIS** : Voir la section 2.3.4.17 de l'onglet Communication interactive.

- 4.01** Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus en situation de pandémie et énumérés au paragraphe 3.01 de la présente entente particulière les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.
- 4.02** Le pharmacien doit indiquer à la RAMQ sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

- 4.03** La personne admissible au programme ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'elle reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'elle paierait autrement si elle obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A 29.01).

**ARTICLE 5 - DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 5.01** Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au programme.
- 5.02** Advenant la nécessité d'utiliser une fourniture pour l'administration d'un médicament de la réserve provinciale les parties doivent convenir des modalités qui s'appliquent.
- 5.03** La présente entente entre en vigueur le 30 octobre 2009 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10<sup>e</sup> jour de février 2010.

**YVES BOLDUC**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

**NORMAND BONIN**  
Président  
Association québécoise des  
pharmaciens propriétaires

## 6.8 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures

### 6.8.1 Définitions

Le Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux et dont l'administration a été confiée à la RAMQ. L'objectif du programme est de faciliter l'accès à la naloxone et ainsi de permettre une intervention rapide auprès des personnes victimes d'une surdose d'opioïdes.

Ce programme relève de la Loi sur l'assurance maladie

### 6.8.2 Personne admissible au programme

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du Programme doit résider au Québec, ou y séjourner et être dûment inscrite à la RAMQ. Lors de la facturation, le pharmacien doit vérifier l'identité de la personne avec une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Dans certaines circonstances particulières, si aucune de ces pièces ne peut être présentée, le pharmacien doit saisir certains renseignements sur la personne afin que la facturation soit acceptée : les nom et prénom, date de naissance, sexe ainsi que le nouveau code d'intervention ou d'exception MK pour une situation particulière doivent être transmis dans le système de communication interactive en pharmacie (CIP).

**MK** : pour générer un NAM temporaire dans le cadre d'un programme de gratuité

Les circonstances particulières pour lesquelles le code d'intervention ou d'exception MK peut être utilisé sont les suivantes :

- la personne était dans un état requérant des soins urgents;
- il s'agit d'une personne mineure de 14 ans ou plus qui reçoit des services assurés auxquels elle consent seule, conformément aux dispositions du Code civil;
- la personne est un sans-abri;
- la personne est un citoyen d'une autre province canadienne ou d'un territoire, un ressortissant étranger, un touriste, un visiteur ou est de passage au Québec pour se rendre dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport.

### 6.8.3 Conditions d'administration du programme

Le médicament naloxone et les fournitures nécessaires à son administration (seringue avec aiguille jetable rétractable et ensemble de tampons alcoolisés et de gants) sont fournis par le pharmacien. Aucune ordonnance n'est requise, puisque la naloxone fait partie des médicaments en vente libre, sous contrôle pharmaceutique

Le coût du médicament et des fournitures nécessaires à son administration est remboursé par la RAMQ au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes ou de la tierce personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes. La personne utilisatrice ou la tierce personne est exemptée du paiement de toute contribution pour les services reçus.

### 6.8.4 Information générale pour toutes les réclamations du naloxone

Afin que la RAMQ rembourse la naloxone et ses fournitures, le pharmacien doit soumettre, le cas échéant, une demande de paiement par service :

- exécution d'une ordonnance pour la naloxone;
- exécution d'une ordonnance pour la seringue avec aiguille jetable rétractable;

- exécution d'une ordonnance pour l'ensemble de tampons alcoolisés et gants;
- enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone.

Pour chacun des services, le code de programme est obligatoire :

- code de programme naloxone avec particularité **K : 8K**;  
*Médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes*
- code de programme naloxone avec particularité **L : 8L**;  
*Médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes*
- le numéro d'ordonnance est obligatoire;
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle écrite (N) ou verbale (V);
- le nombre de renouvellement doit être égal à 0 (zéro), car tout renouvellement d'ordonnance est refusé;
- la durée de traitement doit être différente de 0 (zéro).

## 7 TARIF

### 7.1 Tarifs établis dans l'annexe III de l'Entente

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
N	<b>1)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance		
	<b>a)</b> Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides)		
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 27,00 \$).....	0,30 par jour	
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,20 \$).	0,28 par jour	
	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 27,90 \$).....		0,31 par jour
	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 26,10 \$).		0,29 par jour
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.		
0	<b>b)</b> pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en <b>a)</b> et <b>d)</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	9,49	9,64
	- plus de 48 500 ordonnances.....	8,88	9,02
	<b>c)</b> pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en <b>a)</b> et <b>e)</b>		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	9,10	9,24
	- plus de 48 500 ordonnances.....	8,50	8,63
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet Communication interactive.		
6	<b>d)</b> pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 et au sous-paragraphe e) de la règle 19		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	4,74	4,81
	- plus de 48 500 ordonnances.....	4,44	4,51

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
	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 et au sous-paragraphe e) de la règle 19		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	4,55	4,62
	- plus de 48 500 ordonnances.....	4,26	4,33
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.		
E	2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	7,04	7,15
	- plus de 48 500 ordonnances.....	6,06	6,16
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.35 sous l'onglet Communication interactive.		
1	3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement .....	9,10	9,24
	<b>AVIS</b> : 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		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
3	4) Opinion pharmaceutique.....	20,10	20,42
	<b>AVIS</b> : 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		
	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		

Code de service	Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
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) iii) de la règle 10		
Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
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.....	20,10	20,42
	<b>AVIS</b> : 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		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
2	<b>6)</b> Transmission d'un profil .....	9,10	9,24
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet Communication interactive.		
J	<b>7)</b> Traitement de substitution aux opioïdes		
	- 48 500 ordonnances et moins .....	14,48	14,71
	- plus de 48 500 ordonnances.....	13,47	13,68
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.36 sous l'onglet Communication interactive.		
M	<b>8)</b> Préparation magistrale non stérile, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
	- Catégorie 1 .....	17,00	17,27
	- Catégorie 2 .....	22,00	22,35
	- Catégorie 3 .....	42,00	42,66
L	<b>9)</b> Service d'administration d'un médicament aux fins d'enseignement .....	18,30	18,59
A	<b>10)</b> Service sur appel .....	29,24	29,70
	Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période.		
	Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération, (ou, quant à ces deux jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâce, le jour de Noël et le 26 décembre.		
	Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués.		
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet Communication interactive.		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
P	11) Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier ..... (le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III).....	17,57 (4,39)	17,57 (4,39)
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet Communication interactive.		
CS	12) Considération spéciale (C.S.) (appel au CSP seulement)  Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :  a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire; b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.  Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la RAMQ.		
F	13) Fourniture de seringues-aiguille jetables, de seringues jetables (sans aiguille) ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies .....	2,81	2,85
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.2.2 sous l'onglet Communication interactive.		
O	14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :  a) pour les sept (7) premiers jours - 48 500 ordonnances et moins ..... - plus de 48 500 ordonnances.....  b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu - 48 500 ordonnances et moins ..... - plus de 48 500 ordonnances.....	9,49 8,88  9,10 8,50	9,64 9,02  9,24 8,63
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet Communication interactive.		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01		Tarifs au 2019/04/01	
		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				
	- Sac à gravité				
	Premier sac (a) .....	14,22	12,34	14,44	12,53
	Sacs suivants (b) .....	6,63	6,63	6,73	6,73
	- Sac pour pompe				
	Premier sac (c) .....	18,98	14,22	19,28	14,44
	Sacs suivants (d) .....	9,49	7,60	9,64	7,72
	- Cassettes 50 ml				
	Première cassette (e) .....	14,22	12,34	14,44	12,53
	Cassettes suivantes (f) .....	6,63	6,63	6,73	6,73
	- Cassettes 100 ml				
	Première cassette (g) .....	18,98	16,11	19,28	16,36
	Cassettes suivantes (h) .....	11,38	10,44	11,56	10,60
	- Perfuseurs élastomériques				
	Premier perfuseur (i) .....	18,98	13,60	19,28	13,81
	Perfuseurs suivants (j) .....	15,15	11,05	15,39	11,22
	- Seringues				
	Première seringue (k) .....	6,63	5,69	6,73	5,78
	Seringues suivantes (l) .....	2,85	2,85	2,89	2,89

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
R	<b>b)</b> Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
	- 48 500 ordonnances et moins.....	9,10	9,24
	- plus de 48 500 ordonnances .....	8,50	8,63
	- 48 500 ordonnances et moins.....		
	- plus de 48 500 ordonnances .....		
	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées .....	16,11	16,36
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet Communication interactive.		
RA	<b>16)</b> Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement.....	16,25	16,51
AD	<b>17)</b> Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée .....	20,10	20,42
I	<b>18)</b> Mise en seringue d'insuline		
	Moins de 17 seringues .....	10,59	10,76
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter : .....	2,81	2,85
	17 seringues et plus :		
	nombre de seringues multiplié par :.....	0,65	0,66
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter : .....	2,81	2,85
PH	<b>19)</b> Prise en charge après une hospitalisation		
		Non en vigueur	
		25,00	25,39
	<b>AVIS</b> : Le service devrait être actif en automne 2019 et de se fier à l'infolettre.		
X	<b>20)</b> Fourniture de chambre d'espacement		
	- 48 500 ordonnances et moins.....	9,10	9,24
	- plus de 48 500 ordonnances .....	8,50	8,63
Y	Fourniture de masque .....	0,00	0,00
	La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espacement.		
	<b>AVIS</b> : Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels		

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
5	<b>21)</b> Demande de dérogation Nombre de services multiplié par .....	1,15	1,17
V	<b>22)</b> Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures .....	16,25	16,51
K	<b>23)</b> Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
	- 48 500 ordonnances et moins.....	9,10	9,24
	- plus de 48 500 ordonnances .....	8,50	8,63
Q	<b>24)</b> Mise en seringue de chlorure de sodium		
	Première unité.....	5,69	5,78
	Unités suivantes .....	2,85	2,89
V	<b>25)</b> Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis .....	16,25	16,51
W	<b>26)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulinodépendant, migraine (traitement prophylactique))		
	- rencontre initiale (a) .....	15,74	15,99
	- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus (a).....	19,81	20,12
	- montant forfaitaire annuel (b) .....	40,63	41,27
		en deux versements	en deux versements
	- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) (b) .....	20,31	20,63
		en trois versements	en trois versements

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
W	<b>27)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulinodépendant)		
	- rencontre initiale (a) .....	15,74	15,99
	- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus (a).....	19,81	20,12
	- montant forfaitaire annuel (c) .....	50,79	51,59
		en trois versements	en trois versements
	- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) (c) .....	25,39	25,79
		en trois versements	en trois versements
W	<b>28)</b> Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)		
	- rencontre initiale.....	18,79	19,09
	- montant forfaitaire mensuel.....	16,25	16,51
Z	<b>29)</b> Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation		
	- Tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée .....	12,70	12,90
SP	<b>30)</b> Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs		Non en vigueur
	- Montant forfaitaire par semaine .....	30,00	30,47

**AVIS** : Le service devrait être actif en automne 2019 et de se fier à l'infolettre.

## 7.2 Codes de services administratifs

Code de service		Tarifs au 2018/04/01	Tarifs au 2019/04/01
<b>TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES</b>			
4	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence .....	18,02	18,02
7	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile	Coût réel encouru	Coût réel encouru
8	Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile.....	5,74	5,74
EN	Prestation du service d'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la Naloxone à l'utilisateur ou à la tierce personne.....	18,30	18,59
CP	Consultation pharmaceutique dans le cadre spécifique du programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'IVG médicamenteuse .....	18,59	18,88