

25 février 2021



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 infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).....	13
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 gratuité de la prestation des services liés à la contraception orale d'urgence	14
1.2.6 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles	15
1.2.7 Bénéficiaires du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures	15
1.2.8 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	15
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	17
1.4 Contribution à payer par la personne assurée	19
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée	19
1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région	22
2 COMMUNICATION INTERACTIVE.....	31
2.1 Vue d'ensemble de la communication interactive.....	32
2.1.1 Étapes	32
2.1.2 Transactions offertes	33
2.2 Transaction de demande de paiement du pharmacien.....	34
2.2.1 Introduction	34
2.2.2 Délai de facturation.....	34
2.2.3 Données de facturation – cas régulier	34

2.2.4	Instructions de facturation pour les cas particuliers	43
2.2.5	Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ	79
2.2.6	Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments.....	81
2.2.7	Réponse à une transaction de demande de paiement	94
2.3	Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien	95
2.4	Transaction de sommaire journalier.....	97
2.5	Transaction de détail journalier	98
2.6	Reçu de la personne assurée	99
2.7	Codes, messages d'erreur et mesures à prendre	101
3	DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	133
3.1	Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien	133
3.1.1	Généralités.....	133
3.1.2	Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621).....	135
4	PAIEMENT.....	137
4.1	Mode de paiement.....	137
4.2	Délai de paiement	137
4.3	État de compte.....	138
4.3.1	Description	139
4.3.2	Vérification des paiements.....	140
4.3.3	Règlement des demandes de paiement	140
4.3.4	Codes de transaction.....	141
5	ENTENTE.....	142
5.1	Entente.....	142
5.1.1	ANNEXE I – LISTE DES MÉDECINS.....	149
5.1.2	ANNEXE II – RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF	150
5.1.3	ANNEXE III – TARIF	174
5.1.4	ANNEXE IV – FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT	174
5.1.5	ANNEXE V – FORMULE DE DIFFÉREND	175
5.1.6	ANNEXE VI – PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE	176
5.1.7	ANNEXE VII – LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE	177
5.2	Lettre d'entente n° 1.....	179
5.3	Lettre d'entente n° 2.....	180
5.4	Lettre d'entente n° 3.....	181
5.5	Lettre d'entente n° 4.....	182
5.6	Lettre d'entente n° 5.....	183
5.7	Lettre d'entente n° 6.....	184
6	AUTRES PROGRAMMES.....	187
6.1	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS.....	187
6.2	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la tuberculose.....	190

6.3	Mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments	193
6.4	Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement.....	196
6.5	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence (fin au 25 janvier 2021)	198
6.6	Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile	201
6.7	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie	205
6.8	Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures	208
6.9	Programme 07 : les services en pharmacie relevant de la Loi sur l'assurance maladie.....	210
7	TARIF	211
7.1	Tarifs établis dans l'annexe III de l'Entente 2020-2022	211
7.2	Codes de services administratifs	222
8	NOUS JOINDRE.....	223

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 (RAMQ).

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'ajoute 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 informé

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.

Vous avez des questions?

Questions	Endroits où vous référer
1. Ordinateur – imprimante – logiciels (en pharmacie)	
<p>L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> leur fonctionnement; leur utilisation; les modifications à y apporter; une communication qui ne peut être établie avec la RAMQ, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent. 	<p>Suivre les instructions de votre développeur de logiciels.</p>
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif	
<p>Contribution</p> <ul style="list-style-type: none"> pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance – franchise – plafond). 	<p>Communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels.</p> <p>Par téléphone : Québec : 418 780-4208</p> <p>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 330-3023</p>
<p>Demande de remboursement</p> <ul style="list-style-type: none"> pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée. 	
<p>Divers problèmes de communication interactive</p> <ul style="list-style-type: none"> pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc.). 	
<p>Entente</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des explications sur l'Entente. 	
<p>États de compte</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des données sur les états de compte. 	
<p>Expertise pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique). 	
<p>Inscription</p> <ul style="list-style-type: none"> pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments. 	

2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)	
<p>Médicaments ou patient d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>Message d'erreur</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la RAMQ. 	
<p>Numéro d'assurance maladie (NAM)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
3. Renseignements généraux	
<ul style="list-style-type: none"> Demande d'état de compte. Demande de remplacement de chèque. Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la RAMQ. 	<p>Communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels.</p> <p>Par téléphone : Québec : 418 780-4208</p> <p>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 330-3023</p>
4. Consultation ou transmission de document	
<ul style="list-style-type: none"> Transmission d'un document par télécopieur au Centre de relations avec les professionnels. 	<p>Par télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418</p>
<ul style="list-style-type: none"> Consultation dans le Web des publications et des infolettres de la RAMQ. 	<p>Adresse Web : www.ramq.gouv.qc.ca</p>

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 Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (y compris l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC));
- 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 couvert 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 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



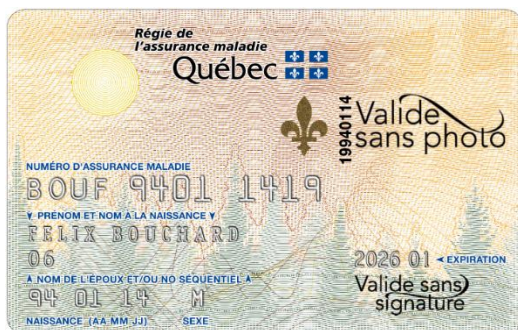
La carte avec photo et signature est délivrée à la plupart des personnes assurées.

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 sample 'Carnet de réclamation' form. It is divided into two main sections: 'Volet de gauche' (left) and 'Volet de droite' (right). The left section contains fields for 'Numéro de dossier' (1), 'Nom du ou de la prestataire' (2), 'Message' (4), 'Validité' (3), and 'Pharmacien désigné' (6). The right section contains 'Soins dentaires couverts' (7), 'Référence' (8), 'Enfants à charge' (9), and 'Signature' (10). A large red 'Spécimen' watermark is overlaid on the form. The form also includes the 'Emploi Québec' logo, the 'Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale' name, and the number 'A-00000000'. A note at the bottom states: '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 :

Volet de gauche :

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

Volet de droite :

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

1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

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 CLE			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

8. Date

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

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.

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

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

1. Nom et adresse de la personne visée;
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 visée;
7. Texte informatif;
8. Date de délivrance de la preuve;
9. Signature de l'agent ou de l'agente d'aide socio-économique.

Remarques : 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.

Une **confirmation d'inscription** est un document émis par la RAMQ en remplacement de la carte d'assurance maladie non valide. Il confirme l'inscription de la personne à la RAMQ et la rend admissible pour 14 jours.

Ce document est accepté en pharmacie dans les 24 heures suivant la date d'émission, en autant que la personne soit inscrite au régime public d'assurance médicaments.

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 RAMQ dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Une personne doit être dûment inscrite à la RAMQ et doit présenter une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide. 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 valide

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 ».

1.2.1.1.1 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.

1.2.1.2 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 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 RAMQ. Cependant, la personne et les personnes à sa charge doivent s'inscrire à la RAMQ pour bénéficiaire 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 ayant régularisé sa situation auprès de la RAMQ qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, la RAMQ recommande à un pharmacien d'utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou de remplir le formulaire [Demande de remboursement \(médicaments et services pharmaceutiques\)](#) (3621).

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 valide 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 infection transmissible 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 [2.2.4.15](#), pour les instructions de facturation.

1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimiothérapie 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 valide a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs médicaments énumérés à l'Annexe I du *Guide administratif – Liste des médicaments* prescrits pour la chimiothérapie 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 [2.2.4.16](#), 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 valide. 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 leur 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 gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

Ce programme s'adresse à toute femme 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 valide. Ce programme est aussi offert à toute personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans autorisation parentale avec certaines conditions.

La RAMQ assume le coût des services professionnels seulement.

Un pharmacien ne peut prescrire la contraception orale d'urgence à une tierce personne. Il doit rencontrer la personne assurée.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section [6.5](#), pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.4.25](#), pour les instructions de facturation.

1.2.6 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles

Ce programme s'adresse à toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la RAMQ. Il vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles 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 [2.2.4.27](#), pour les instructions de facturation.

1.2.7 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.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section [6.8](#) pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.6.4](#) pour les instructions de facturation.

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

Ce programme a été mis sur pied afin de rendre accessibles 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 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 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.

Toute personne de 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 RAMQ.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.6.3](#) 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 du carnet sur la demande de paiement (voir la section [2.2.3 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) LA PERSONNE PRÉSENTE UNE PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ DÉLIVRÉE 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.

Remarque : Voir la section [2.2.4.21 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.

3) 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 relations avec les professionnels](#) 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 relations avec les professionnels](#) 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 [2.2.3 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 demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie et qui a régularisé sa situation auprès de la RAMQ le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

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 [2.2.3 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 demande le remboursement d'un service qu'elle a payé en pharmacie, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

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 demande le remboursement d'un service qu'elle a payé en pharmacie et qui a régularisé sa situation auprès de la RAMQ, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

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 :

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

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

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

Le pharmacien appelle le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 relations avec les professionnels](#) 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 [2.2.4.17](#)).

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 à la section [1.4.1](#)).

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 avec Supplément de revenu garanti (SRG) partiel (contribution maximale mensuelle : 54,83 \$)

1^{er} 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 \$
Coût total de l'ordonnance				150,00 \$

Exemple pour personne assurée SRG partiel

Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
Février	51,67 \$	22,25 \$	10,30 \$	19,12 \$
Mars	51,67 \$	22,25 \$	10,30 \$	19,12 \$
Avril	46,66 \$	22,25 \$	8,54 \$	15,87 \$
Contribution totale à percevoir				54,11 \$

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

**Tableau comparatif de la contribution des clientèles assurées
auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec à partir du 1^{er} janvier 2021**

Catégories de personnes	Franchise mensuelle	Coassurance mensuelle	Coassurance maximale	Prime ¹ à verser à Revenu Québec
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans ²	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (détenteurs d'un carnet de réclamation) ³	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG au taux de 94 à 100 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG au taux de 1 à 93 %	22,25 \$	35 %	54,83 \$ / mois 657,96 \$ / année	0 à 662 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG	22,25 \$	35 %	95,31 \$ / mois 1 143,72 \$ / année	0 à 662 \$ par personne
Adhérents adultes	22,25 \$	35 %	95,31 \$ / mois 1 143,72 \$ / année	0 à 662 \$ par personne

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

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

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

1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région

Sommaire

N^o des régions

01. RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT	23
02. RÉGION DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	23
03. RÉGION CAPITALE-NATIONALE	23
04. RÉGION DE LA MAURICIE.....	24
05. RÉGION DE L'ESTRIE	24
06. RÉGION DE MONTRÉAL.....	25
07. RÉGION DE L'OUTAOUAIS.....	26
08. RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE.....	26
09. RÉGION DE LA CÔTE-NORD	27
11. RÉGION DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	27
12. RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES.....	28
13. RÉGION DE LAVAL	28
14. RÉGION DE LANAUDIÈRE	29
15. RÉGION DES LAURENTIDES.....	29
16. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE.....	29
17. RÉGION CENTRE-DU-QUÉBEC.....	30

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^{er} étage
Mont-Joli (Québec) G5H 1R4

Tél. : 418 775-7246 ou 1 855 650-5915

Rimouski-Neigette

337, rue Moreault, 1^{er} 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^e 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^e 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^{er} 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

Centres locaux

Baie-Saint-Paul

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

Tél. : 418 435-5590

Beauport

773, avenue Royale, 1^{er} étage
Québec (Québec) G1E 1Z1

Tél. : 418 646-3350 ou 1 800 839-7876

Charlesbourg

8000, boulevard Henri-Bourassa, 2^e 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^e 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^e Avenue, 1^{er} 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^e 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^e 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^e 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^e 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^e 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^e étage
Montréal (Québec) H2L 2H2

Tél. : 514 872-2326

Saint-Michel

3750, boulevard Crémazie Est, 2^e 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^e 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^{re} Avenue Est
Amos (Québec) J9T 1H3

Tél. : 819 444-5287 ou 1 800 567-6507

La Sarre

655, 2^e Rue Est
La Sarre (Québec) J9Z 2Y9

Tél. : 819 339-7901

Rouyn-Noranda

189, rue Murdoch, 1^{er} étage
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 1E3

Tél. : 819 763-3583 ou 1 800 263-9583

Senneterre

481, 7^e 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^e 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-Échemin

1554, route 277, bureau 1
Lac-Échemin (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^{re} 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^e 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^e étage
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 2H9

Tél. : 450 569-7575

Pharmaciens

25 février 2021

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^{er} 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.

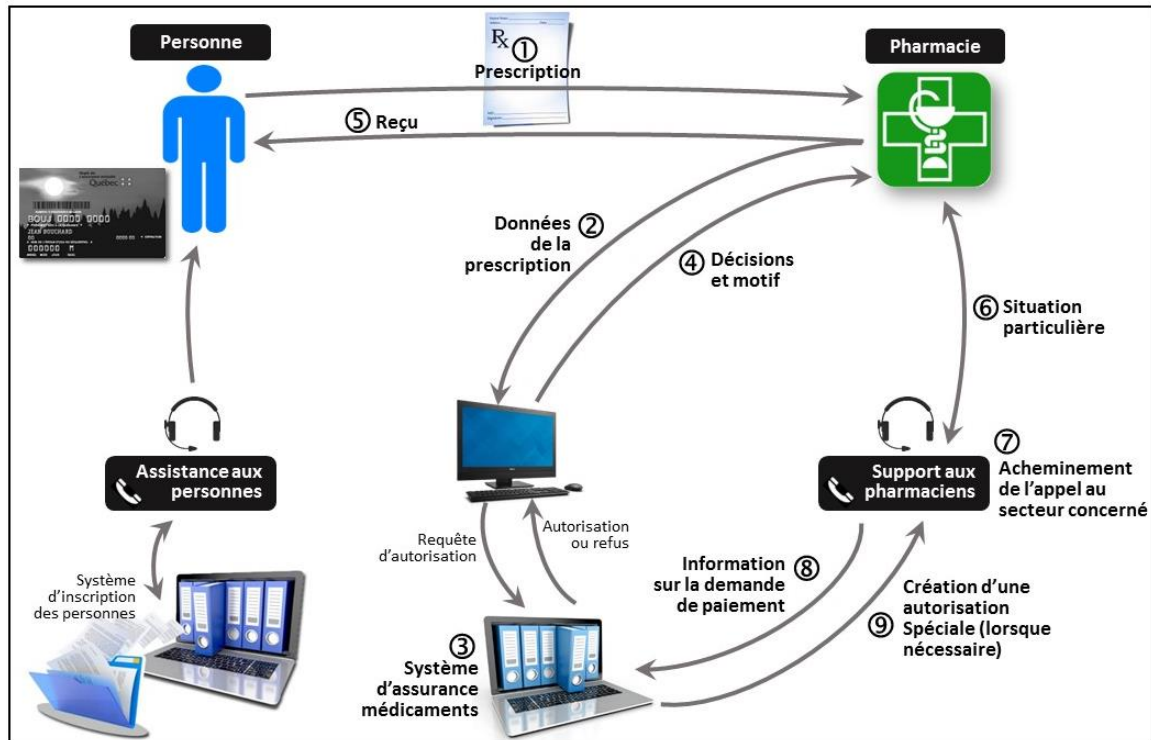
Si le pharmacien ne peut établir la communication avec la RAMQ et s'il ne peut faire traiter sa demande de paiement :

- il doit suivre les instructions de son développeur de logiciels;
- 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 Vue d'ensemble de la communication interactive

2.1.1 Étapes

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

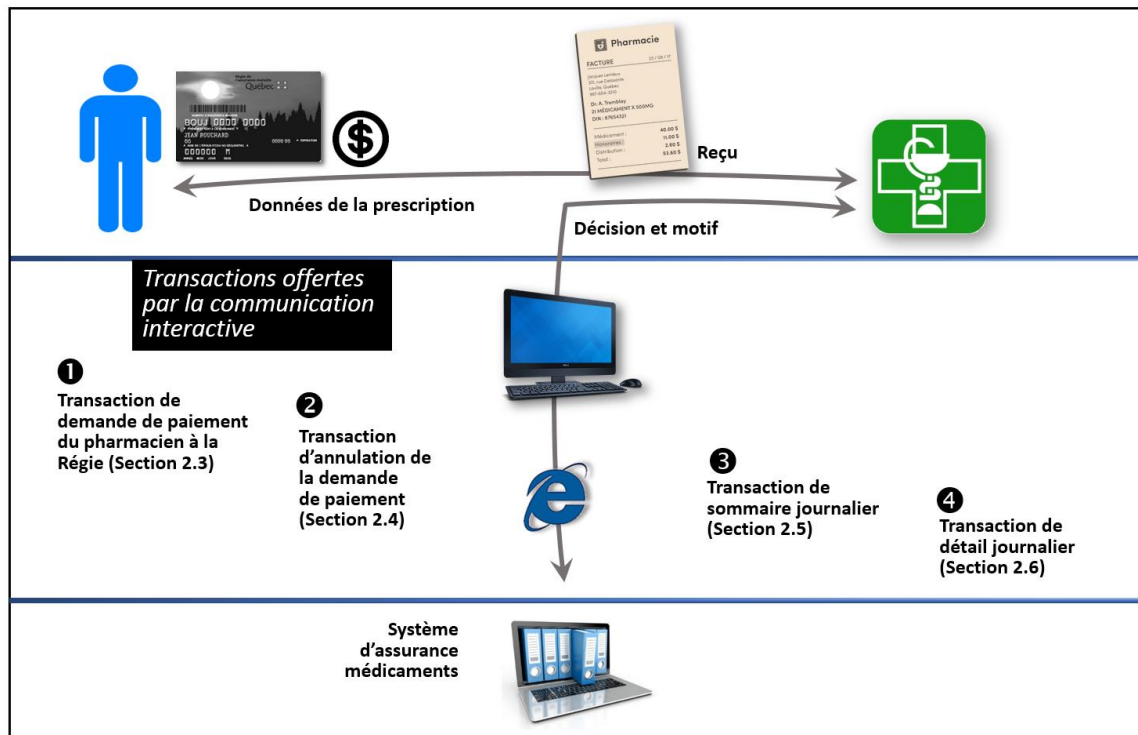


1. La personne assurée présente sa prescription au pharmacien avec sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa preuve temporaire d'admissibilité valide.
2. Le pharmacien inscrit à l'ordinateur les données de la prescription nécessaires au traitement de la demande de paiement, qui est 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 relations avec les professionnels](#) (détails à la section *Introduction* du manuel).
7. Le [Centre de relations avec les professionnels](#) répond au pharmacien ou achemine l'appel au secteur visé (détails à la section *Introduction* du manuel).

8. Pour répondre rapidement au pharmacien qui soumet un problème sur une transaction en cours, le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 relations avec les professionnels](#) peut inscrire une **considération spéciale** en direct au système d'assurance médicaments afin de permettre la transmission de la demande de paiement.

2.1.2 Transactions offertes

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



2.2 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.

2.2.1 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 [2.2.7 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 logiciels.

2.2.2 Délai de facturation

2.2.2.1 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, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

2.2.2.2 Correction de la facturation

Vous disposez d'un délai de 135 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.

Après ce délai de 14 jours, vous devez soumettre à la RAMQ une *Requête de réactivation de demandes de paiement* (4454). Si elle l'accepte, elle réactivera votre demande de paiement pendant 14 jours pour vous permettre de l'annuler, puis de lui en soumettre une nouvelle.

2.2.3 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.

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 logiciels;
- 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, le numéro 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 :

Programme ou mesure	Valeur
• Programme ITSS avec particularité K (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS)	1K
• Programme ITSS avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1L
• Programme ITSS avec particularité M (traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiale ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1M
• Programme Tuberculose avec particularité K (traitement d'une personne atteinte de tuberculose)	2K
• Programme Tuberculose avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose)	2L

Programme ou mesure	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> Programme Tuberculose avec particularité R (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) 	2R
<ul style="list-style-type: none"> Programme Tuberculose avec particularité S (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) 	2S
<ul style="list-style-type: none"> Patient d'exception 	40
<ul style="list-style-type: none"> Médicament d'exception 	41
<ul style="list-style-type: none"> Services offerts en pharmacie remboursés par la LAM 	07
<ul style="list-style-type: none"> Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures 	08
<ul style="list-style-type: none"> Programme universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) 	09

(voir les sections [2.2.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS](#), [2.2.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose](#), [2.2.4.25 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence](#), [2.2.5.1 Médicament d'exception](#) et [2.2.5.2 Mesure du patient d'exception](#), [2.2.6.4 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures](#))

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

	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> détenteur de la carte (valeur par défaut) 	0
<ul style="list-style-type: none"> dépendant mineur de moins d'un an non inscrit sur le carnet de réclamation ou sans carte d'assurance maladie 	2

2.2.3.1 Identification de la personne assurée

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, naloxone, achat de places, etc. [voir les sections [1.2 Catégories de personnes assurées](#) et [1.3 Identification de la personne assurée](#)]).

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.

2.2.3.2 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 [2.2.4 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 : une opinion pharmaceutique, de suivi de consommation, la transmission d'un profil, la transmission de demandes à la suite d'une dérogation, de service sur appel, la prescription d'un médicament ou l'amorce d'une thérapie médicamenteuse, la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, une évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation, la substitution thérapeutique d'un médicament, l'administration d'un médicament et la modification d'une thérapie médicamenteuse, la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs, la prise en charge après une hospitalisation et la demande de consultation à un pharmacien.

- 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.

■ **Renseignements à fournir**

- le numéro de l'ordonnance (9 chiffres) figurant au dossier de la personne;
- la date de rédaction de l'ordonnance;
- 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 qu'il reste 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).

- le code de service professionnel :

	Valeur
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance	O
• exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique(*)	N
• exécution et renouvellement d'une ordonnance d'un service chronique de moins de 7 jours(*)	6
• médicament fourni sous la forme d'un pilulier – selon la Règle 24 de l'Entente(*)	P
• pilulier selon la Règle 25(*)	G
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive	E
• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables, seringues jetables sans aiguille, de seringues de chlorure de sodium préremplies(*)	F
• fourniture de chambre d'espacement(*)	X
• fourniture sans honoraires : masque, tampons et gants	Y
• traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes(*)	J

	Valeur
• mise en seringue d'insuline(*)	I
• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant(*)	K
• mise en seringue de chlorure de sodium(*)	Q
• exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique(*)	R
• exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale(*)	T
• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement(*)	1
• transmission d'un profil(*)	2
• opinion pharmaceutique(*)	3
• amorce de la contraception orale d'urgence (COU) (*)	4
• transmission de demandes à la suite d'une dérogation – inscription rétroactive(*)	5
• frais d'emballage pour le transport thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles (*)	8
• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles (*)	7
• service sur appel(*)	A
• service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse	V
• 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	W
• service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation	Z
• modification d'une thérapie médicamenteuse	AD
• consultation pharmaceutique auprès de la personne assurée qui bénéficie du programme d'accès universel gratuit à l'interruption de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	CP
• demande de consultation à un pharmacien	DC
• enseignement de l'administration de la naloxone auprès de la personne, dans le cadre du programme de gratuité de la naloxone	EN
• administration d'un médicament	FE
• service de prescription et d'administration d'un médicament en situation d'urgence	IU
• préparation magistrale – formes liquides ou solides	M1
• préparation magistrale – fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires	M2
• préparation obligatoire sous hotte	M3
• service de prise en charge après une hospitalisation	SP
• substitution thérapeutique d'un médicament	RA
• service de prise en charge en soins palliatifs	PH
• service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation	VA

	Valeur
• 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)	L
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral(*) (fin le 31 octobre 2018)	M
• préparation de capsules placebo(*) (fin le 31 octobre 2018)	B
• préparation de sachets(*) (fin le 31 octobre 2018)	H
• préparation de capsules(*) (fin le 31 octobre 2018)	U

(*) Voir les sections [2.2.4.1](#) à [2.2.4.16](#), [2.2.4.22](#) à [2.2.4.31](#), [2.2.4.33](#), [2.2.4.36](#) à [2.2.4.37](#).

Les codes de service soumis à la franchise et à la contribution sont : **O, N, 6, P, G, E, F, X, J, I, K, Q, R, T, M1, M2** et **M3**.

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

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

- le code de sélection :

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

(*) 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.

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, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 la prescription d'un médicament ou de l'amorce d'une thérapie médicamenteuse et 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, le service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation et le service de prescription et d'administration d'un médicament en situation d'urgence, inscrire également le type de service exécuté (voir les sections [2.2.4.1](#), [2.2.4.22](#) à [2.2.4.24](#), [2.2.4.33](#), [2.2.4.36](#), [2.2.4.38](#) et [2.2.4.41](#)).
- la durée de traitement exprimée en jours (trois chiffres) :
Cette durée doit correspondre à la quantité fournie divisée par la posologie prescrite. Toutefois, un nombre de jours approximatif doit être inscrit si la durée du traitement ne peut être calculée avec précision compte tenu de la posologie ou de la forme pharmaceutique. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une utilisation variable au besoin, la détermination de la durée de traitement doit tenir compte de la posologie maximale journalière.
- le code d'intervention ou d'exception :
Cet indicateur permet au pharmacien de préciser la nature d'une situation particulière concernant la personne assurée, l'ordonnance ou le service professionnel. Selon la situation, cet indicateur est obligatoire. On peut indiquer jusqu'à 4 codes d'intervention ou d'exception sur une demande de paiement parmi les suivants :

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

	Valeur
• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours – limite de 200, de 400 et de 3 000	BD
• pour permettre le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires – limite de 200 et de 400	BE
• pour permettre le remboursement de 3 000 bandelettes pour une femme enceinte diabétique	BG

	Valeur
• 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	BI
• 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	BM
• 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	BLND
• une préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ	CS
• ordonnance pour une personne assurée qui présente un danger suicidaire (ou la personne qui cohabite avec elle)	CV
• situation particulière – ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ	DN
• pour permettre la facturation d'un code de produit autre – décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)	DQ
• service sur appel pour un second déplacement, même jour	FB
• confirmation de services rendus au privé	IP
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte	MA
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge	MB
• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité	MG
• pour permettre de générer un NAM temporaire (naloxone)	MK
• montant supérieur à 1 000 \$	MP
• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière	MQ
• vol, perte ou bris de médicament	MR
• pour permettre le dépassement de la quantité maximale par service (naloxone)	MS
• pour indiquer une pharmacothérapie initiale	MT
• pilule du lendemain (facturation d'un format complet)	PL
• une autorisation téléphonique CSSR a été obtenue – sans méd.	SS
• pour permettre la facturation en piluliers (code de service G ou P) d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format	PI
• assurer continuité trait. – bris perte – mauvaise consommation patient (transport)	TB
• assurer continuité traitement – commence vendredi Am (transport)	TC
• assurer continuité traitement – changement posologie (transport)	TP
• assurer continuité traitement – bris-perte-mauvaise condition transports	TR

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

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

- 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 (6 chiffres) qui a exécuté l'ordonnance ou fourni le service;
- le numéro du prescripteur (6 chiffres du numéro d'inscription à la RAMQ) :

	Valeur
• 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 RAMQ	6XXXXX
• dentiste hors Québec inscrit à la RAMQ	7XXXXX
• optométriste hors Québec inscrit à la RAMQ	8XXXXX
• infirmier(-ère) praticien(ne) spécialisé(e)	81XXXX
• infirmier(-ère) titulaire d'un BAC et d'un DEC en soins infirmiers	82XXXX à 87XXXX

	Valeur
• 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 :

	Valeur
• médecin du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ 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 RAMQ	55
• pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ	56
• infirmier(-ère) du Québec	57
• diététiste	58
• inhalothérapeute	59
• prescripteur hors Québec non inscrit à la RAMQ (*)	99
• professionnel de la santé non inscrit à la RAMQ (**)	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 (maximum 8). 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*.

2.2.4 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.

2.2.4.1 Médicament magistral

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 et des préparations magistrales non stériles selon la grille des tarifs disponible à la section [7 Tarif](#).

- **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
M1 Catégorie 1	A à H	Formes liquides ou solides Exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	Instruments de base Exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatule, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier.
M2 Catégorie 2	A à K	Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés Exemples : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
M3 Catégorie 3	A à K	Préparation obligatoire sous hotte	

Remarque : Si le code de facturation fait partie de la catégorie *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments*, 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 préparation 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** : préparation 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 à la rubrique [Mesure du patient d'exception – Codes de facturation](#).
 - 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 à la rubrique [Mesure du patient d'exception – Codes de facturation](#).
- 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
M1 Catégorie 1	L	Formes liquides ou solides Exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	Instruments de base Exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatule, plaque de verre ou tablette papier parchemin, pilon et mortier.
M2 Catégorie 2	L	Fabrication de capsules, capsules placebo, sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés Exemples : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
M3 Catégorie 3	L	Préparation obligatoire sous hotte	

Remarques : Si le code de facturation fait partie de la catégorie *Véhicules, solvants et adjuvants* de la *Liste des médicaments*, 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, aux filtres, aux bouteilles ou à 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"> 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; d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants

Type de service	Description de la préparation magistrale
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, à l'exception 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"> • 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; • de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL; • de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 %
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"> • préparation pour usage rectal à base de sucralfate • préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem
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 <i>Liste des médicaments</i> 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, d'un solvant ou d'un 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

2.2.4.2 Fournitures

2.2.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement

■ Principes à respecter

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de service doit correspondre à **X** ou à **Y** :
 - o X : Fourniture de chambre d'espacement
 - o Y : Fourniture de masque, sans honoraire de dispensation.
- Le code DIN de la fourniture est obligatoire.

2.2.4.2.2 Fourniture admissible lors d'un service de vaccination (à partir du 9 décembre 2020)

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre au pharmacien.
- Le code de programme **07 Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie** est obligatoire lors de la facturation de l'ensemble de fournitures.
- Le code de service doit correspondre **Y** : Fourniture sans honoraires
- Le code de facturation (DIN 99113726) de la fourniture doit correspondre à l'ensemble de fournitures nécessaires à l'administration d'un vaccin :
 - Le remboursement de l'ensemble de fournitures est au prix réel d'acquisition de la pharmacie jusqu'à un montant maximal de 0.50 \$. Ce montant inclut la marge bénéficiaire du grossiste.
 - **Un seul** ensemble doit être facturé par vaccin administré et ce, au nom de chacune des personnes concernées.

Remarque

Pour les **principes à respecter** du Service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation de la fourniture admissible avec le service de vaccination, voir la section [2.2.4.41](#).

2.2.4.2.3 Fourniture admissible lors d'une intervention d'urgence (à partir du 5 octobre 2021)

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre au pharmacien.
- Le code de programme **07 Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie** est obligatoire lors de la facturation de l'ensemble de fournitures.
- Le code de service pour l'ensemble de fournitures doit être **Y** : Fourniture sans honoraires.
- Le code de facturation (DIN 99113729) de la fourniture doit correspondre à l'ensemble de fournitures nécessaires à l'administration d'un médicament :
 - Le remboursement de l'ensemble de fournitures est au prix réel d'acquisition de la pharmacie jusqu'à un montant maximal de 0.50 \$. Ce montant inclut la marge bénéficiaire du grossiste.
 - Un **seul** ensemble doit être facturé par intervention.

Remarque

Pour les **principes à respecter** du Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence, voir la section [2.2.4.38](#).

2.2.4.2.4 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies

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.

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-aiguille jetable ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :

- le service a été prévu pour une personne assurée porteuse d'une ordonnance, aux fins d'autoadministration, 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 anticonvulsivants, 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 préremplies 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 :

	Valeur
• 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

■ **Remarques**

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**).

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

Les seringues préremplies de chlorure de sodium pour la thérapie parentérale doivent être facturées avec le code de service **F**.

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.

2.2.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fournie 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).

2.2.4.4 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**.
- Indiquer le DIN faisant l'objet du refus.
- Seul le montant du service professionnel est réclamé.
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception spécifiant le motif du refus :

	Valeur
• Intolérance antérieure au produit prescrit	CA
• Échec antérieur du traitement avec le produit prescrit	CB
• Allergie antérieure au médicament prescrit	CC
• Duplication de traitement	CD
• 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
• Surconsommation	CO

■ **Remarque**

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

2.2.4.5 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 :

	Valeur
• 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 autotraitement	WD
• Contre-indication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WE
• Contre-indication : substituer un médicament prescrit par un autre	WF
• Duplication : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WG
• Duplication : modifier le traitement prescrit	WH
• Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WI
• Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WJ
• Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WK
• Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WL
• Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions du paragraphe c) iv) de la Règle 10 de l'annexe II de l'Entente	WM
• Inefficacité : Substituer un médicament prescrit par un autre	WN
• Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit	WO
• Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WP

	Valeur
• Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WQ
• Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WR
• Innocuité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique	WS
• Innocuité : diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WT
• Innocuité : réduire la durée du traitement prescrit	WU
• Innocuité : substituer un médicament prescrit par un autre	WV
• Interaction : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour autotraitement	WW
• Interaction : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WX
• Interaction : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WY
• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité	WZ
• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables	XA
• Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la Règle 10 de l'annexe II de l'Entente	XB
• Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale	XC
• Asthme : inobservance au traitement, surconsommation	XD
• Asthme : inobservance au traitement, sous-consommation	XE
• Tuberculose : inobservance au traitement, surconsommation	XF
• Tuberculose : inobservance au traitement, sous-consommation	XG
• Dyslipidémies : inobservance au traitement, surconsommation	XH
• Dyslipidémies : inobservance au traitement, sous-consommation	XI
• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, surconsommation	XJ
• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, sous-consommation	XK
• Diabète de type II : inobservance au traitement, surconsommation	XL
• Diabète de type II : inobservance au traitement, sous-consommation	XM
• Épilepsie : inobservance au traitement, surconsommation	XN
• Épilepsie : inobservance au traitement, sous-consommation	XO
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, surconsommation	XP
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, sous-consommation	XQ
• Infection du VIH : inobservance au traitement, surconsommation	XR
• Infection du VIH : inobservance au traitement, sous-consommation	XS

■ **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 de l'Entente pour une même personne assurée.

2.2.4.6 Service sur appel

Lors d'un déplacement du pharmacien durant les périodes prévues au point 10 de l'onglet *Tarif*, 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.

2.2.4.7 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**.

■ **Remarques**

S'il y a lieu, le nombre de renouvellements sur la deuxième demande de paiement 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 **7 jours** sur la première demande de paiement. La quantité du premier renouvellement (2^e 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 21 jours**.

2.2.4.8 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 28 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.

2.2.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement

Conformément au paragraphe e) de la Règle 19 de l'annexe II de l'Entente, le pharmacien peut exceptionnellement fournir les médicaments pour un traitement d'une durée de moins de 30 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 :

- Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :
 - Le code de service doit correspondre à **0** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance.
- 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.

- Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :
 - Le code de service doit correspondre à **0** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance.
 - Le code d'intervention **CV** doit être inscrit.
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).
- 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.

2.2.4.10 Préparation de capsules placebo

AVIS : Cette section est suspendue depuis le 30 octobre 2018. Voir la section 2.2.4.1.

2.2.4.11 Préparation de capsules

AVIS : Cette section est suspendue depuis le 30 octobre 2018. Voir la section 2.2.4.1.

2.2.4.12 Préparation de sachets

AVIS : Cette section est suspendue depuis le 30 octobre 2018. Voir la section 2.2.4.1.

2.2.4.13 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.

2.2.4.14 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.
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à 0.

2.2.4.15 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 valide 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 transmissible 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 réclamation valide 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**

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

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

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

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

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

- le pharmacien doit appeler le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 :

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

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

2.2.4.16 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 valide 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 valide 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

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

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

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

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

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

- le pharmacien doit appeler le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 :

	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> • programme Tuberculose avec particularité K (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) 	2K
<ul style="list-style-type: none"> • programme Tuberculose avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) 	2L
<ul style="list-style-type: none"> • programme Tuberculose avec particularité R (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) 	2R
<ul style="list-style-type: none"> • programme Tuberculose avec particularité S (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) 	2S

- Inscrire le code DIN du médicament.

2.2.4.17 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	2020-12-30
Date de service de la demande de paiement antérieure	2020-12-04
Durée de traitement de la demande de paiement antérieure	30 jours
Date prévue du renouvellement	2021-01-03 (2020-12-04 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement suivant	2021-02-02 (2021-01-03 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement subséquent	2021-03-04 (2021-02-02 + 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 (SSAAMMJJ)

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 :

	Valeur
• 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)	DF
• même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la <i>Liste des médicaments</i>), mais facturé pour des ordonnances différentes	DG
• synchronisation des ordonnances dans le respect de la Règle 19 de l'annexe II de l'Entente (dans le but de synchroniser les visites à la pharmacie, le pharmacien fournit une quantité supérieure à celle prescrite)	DH
• anticipation – pharmacie fermée à la date prévue du renouvellement	DI
• anticipation – déplacement ou livraison impossible à la date prévue du renouvellement	DJ
• anticipation – médicament utilisé dans 2 lieux différents	DK
• anticipation – médicament requis lors du rendez-vous médical	DL
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la RAMQ qui interrompt le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement	DM
• 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)	DO
• anticipation – correction de la durée de traitement	FA
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la RAMQ qui n'interrompt pas le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement	FC

	Valeur
• oubli des médicaments lors d'un voyage	ME
• changement de posologie	MN
• vol, perte ou bris de médicament	MR
• départ en voyage avant la date de renouvellement	MV

■ **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.

2.2.4.18 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.

Voici un exemple d'une situation où 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.

2.2.4.19 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.

2.2.4.20 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, 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 \$.

2.2.4.21 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 (ex. : 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** :

	Valeur
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte	MA
• preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge	MB

2.2.4.22 Thérapie parentérale

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicaments sous la hotte destinés à être administrés 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 section *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** :

Description	Type
• Sacs à gravité :	
avec préparation	A
sans préparation	B
• Sacs pour pompe :	
avec préparation	C
sans préparation	D
• 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.

- Pour les types de service **A à D**, inscrire pour le code de facturation du contenant **99100585** les informations suivantes :
 - le format d'acquisition qui doit correspondre à **1**;
 - la quantité correspondant au nombre de contenants ou d'unités 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 [2.2.4.13 Mise en seringue d'insuline](#) et [2.2.4.23 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#).

2.2.4.23 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** : 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.

2.2.4.24 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 à **A**.
- Le code DIN du contenant **99100528** qui identifie le nombre d'unités préparées doit être présent.
- 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.

■ **Remarque**

Le service rendu est payable seulement si les produits facturés correspondent aux produits indiqués sur la lettre expédiée à la personne assurée (*Demande d'autorisation de paiement*). Si le pharmacien modifie un des ingrédients, une nouvelle demande d'autorisation du médecin traitant est requise.

2.2.4.25 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence (jusqu'au 24 janvier 2021)

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.

Ce programme s'adresse à toute femme résidente 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 valide. Ce programme est aussi offert à toute personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans autorisation parentale.

Un pharmacien ne peut prescrire la contraception orale d'urgence à une tierce personne. Il doit rencontrer la personne assurée.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section [6.5](#) pour l'entente particulière.

■ **Principes à respecter (pour une facturation avant le 25 janvier 2021)**

- Le pharmacien doit être le prescripteur.
- Le code de programme doit correspondre à **04** : programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.
- Le code de service doit correspondre à **4** : prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.
- Aucun code de produit (DIN) ne doit être présent sur la demande de paiement.

À partir du 25 janvier 2021

La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence est dorénavant une des conditions répondantes de la Règle 31 Amorce d'une thérapie médicamenteuse.

■ **Principes à respecter**

- Le pharmacien doit être le prescripteur.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le code de service doit correspondre à **4** : Contraception orale d'urgence (COU).
- Aucun code de produit (DIN) ne doit être présent sur la demande de paiement.

2.2.4.26 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 transport.

■ **Principes à respecter**

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

2.2.4.27 Transport d'urgence ou d'exception des 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**

- Incrire le code de service :

	Valeur
• transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles	7

- Incrire 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.
- Incrire 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 relations avec les professionnels](#). Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la RAMQ.
- Incrire 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 RAMQ)	TR
• Maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures	TS

2.2.4.28 Transmission d'un profil

La Règle 12 de l'Entente 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**.

2.2.4.29 Demande de dérogation pour inscription rétroactive

La Règle 28 de l'Entente prévoit que, lorsqu'un pharmacien demande une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime public d'assurance médicaments pour des services exécutés au-delà d'une période de 99 jours, celui-ci doit transmettre la réclamation de façon interactive ou en remplissant le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **5** : transmission de demandes à la suite d'une dérogation – inscription rétroactive.
- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence).
- Inscrire le numéro du prescripteur d'une des demandes de paiement facturées rétroactivement.

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

2.2.4.30 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 correspond à 25 % du tarif 1B de l'onglet *Tarif*. 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.

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

La Règle 25 de l'Entente 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 assujettis au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041);
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) et g) de la Règle 19 de l'annexe II de l'Entente.

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

Le pharmacien fournit un médicament pour une durée de traitement de moins de 7 jours pour les cas suivants (selon la quantité inscrite sur l'ordonnance) :

- surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée;
- VIH;
- tuberculose;
- 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 justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de 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 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 privée pour aînés;
- Un travailleur social ou une travailleuse sociale, ou 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 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 7 jours.

Pour la première ordonnance d'un médicament facturée de moins de 7 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 7 jours :

- Le code de service doit correspondre à **6** : exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours.

2.2.4.32 Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive

Selon la Règle 2 de l'Entente, 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.

2.2.4.33 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes

La Règle 29 de l'Entente 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, une 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.
- Le type de service doit correspondre à :

	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> • facturation des honoraires payables une seule fois par jour pour la supervision de la prise de médicament 	A
<ul style="list-style-type: none"> • facturation des honoraires payables pour la facturation de teneurs différentes de suboxone 	B
<ul style="list-style-type: none"> • facturation des médicaments délivrés sans honoraires lorsque plus d'une dose quotidienne est requise 	C

- 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 renouvellements;
- Inscrire pour chaque composante utilisée :
 - La nature et l'expression de l'ordonnance doit correspondre à **N**.
 - 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.

2.2.4.34 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 code de service doit correspondre à **P** ou **G** :

	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> • médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la Règle 24 	P
<ul style="list-style-type: none"> • pilulier selon la Règle 25 	G

- 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.

2.2.4.35 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 pour le médicament doit être autorisée par la RAMQ à l'aide du formulaire [Demande exemption du prix maximum payable \(PMP\) – Nexium^{MC} \(Esomeprazole\), Prevacid FasTab^{MC} \(Lansoprazole\)](#) (8500).

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.

2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse

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. 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.

À compter du 25 janvier 2021, le service de prescription d'un médicament ou d'amorce d'une thérapie médicamenteuse n'est plus soumis à la contribution.

■ Principes à respecter

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le code de service doit correspondre à **V**.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le pharmacien doit être le prescripteur.

Pour le service de prescription d'un médicament

- Le type de service doit correspondre à **A** : prescription d'un médicament.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• rhinite allergique	GA
• herpès labial	GB
• acné mineure (sans nodule ni pustule)	GC
• vaginite à levure (*)	GD
• érythème fessier	GE
• dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée	GF
• conjonctivite allergique	GG

	Valeur
• muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde (jusqu'au 24 janvier 2021)	GH
• aphtes buccaux	GI
• dysménorrhée primaire (*)	GJ
• hémorroïdes	GK
• infection urinaire chez la femme (*)	GL
• Candidose cutanée (à partir du 25 janvier 2021)	GM
• Candidose orale (à partir du 25 janvier 2021)	GN

(*) Les codes **GD**, **GJ** et **GL** sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

À compter du 25 janvier 2021, 2 conditions sont ajoutées. Les tarifs sont différents du type A.

- Le type de service doit correspondre à **C** : prescription d'un médicament*.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• Herpès zoster (à partir du 25 janvier 2021)	GY
• Traitement antiviral contre l'influenza (à partir du 25 janvier 2021)	GZ

Pour le service d'amorce d'une thérapie médicamenteuse

- Le type de service doit correspondre à **B** : amorce d'une thérapie médicamenteuse.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation)	HA
• prophylaxie du paludisme	HB
• supplémentation vitaminique en périnatalité (*)	HC
• nausées et vomissements reliés à la grossesse (*) (jusqu'au 24 janvier 2021)	HD
• cessation tabagique (nicotine)	HE
• contraception hormonale à la suite d'une prescription d'un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximum de 3 mois (*) (jusqu'au 24 janvier 2021)	HF
• pédiculose	HG
• prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve	HH
• prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque	HI
• prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil)	HJ
• amorce de la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme (à partir du 25 janvier 2021)	HK
• amorce de la prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à l'influenza (à partir du 25 janvier 2021)	HL
• amorce de la prophylaxie post exposition accidentelle au VIH (à partir du 25 janvier 2021)	HM

	Valeur
• amorce du traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée (à partir du 25 janvier 2021)	HN
• amorce du traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien selon les dispositions règlementaires (à partir du 25 janvier 2021)	HO
• amorce du traitement de la gonorrhée et de la chlamydia d'une personne visée par un programme du MSSS pour le traitement accéléré des partenaires (à partir du 25 janvier 2021)	HP
• amorce du traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports (à partir du 25 janvier 2021)	HQ
• prévention des nausées et des vomissements excluant le mal des transports (à partir du 25 janvier 2021)	HR
• contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six (6) mois (à partir du 25 janvier 2021)	HS
• cessation tabagique (bupropion) (à partir du 17 février 2021)	HT
• cessation tabagique (varénicline) (à partir du 17 février 2021)	HU

(*) Les codes **HC** et **HS** sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

À compter du 25 janvier 2021, la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence est dorénavant une des conditions répondantes de la règle 31 de l'amorce d'une thérapie médicamenteuse.

■ **Principes à respecter**

- Le pharmacien doit être le prescripteur.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le code de service doit correspondre à **4** : Contraception orale d'urgence (COU).
- Aucun code de produit (DIN) ne doit être présent sur la demande de paiement.

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

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 :

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

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.

À compter du 25 janvier 2021, le 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 n'est plus soumis à la contribution.

■ **Principes à respecter**

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription d'un professionnel 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.

	Valeur
• Catégories 1 et 2 :	
Rencontre initiale catégories 1 et 2	A
Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 1	B
Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 2	C
• Catégorie 3 :	
Rencontre initiale	D
Prise en charge	E
• Catégories 1, 2 et 3 :	
Arrêt de prise en charge toute catégorie	Z

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

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

Pour une personne assurée concernée, ce service est payable deux 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.

À compter du 25 janvier 2021, le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation n'est plus soumis à la contribution.

■ **Principes à respecter**

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- 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 prescripteur doit être un pharmacien.
- Service admissible deux 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 3 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.

2.2.4.38 Administration d'un médicament

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.

À compter du 25 janvier 2021, le service *Administration d'un médicament* n'est pas soumis à la contribution.

■ **Principes à respecter**

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de service doit correspondre à **FE** pour l'administration d'un médicament.
- 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).

Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence

À compter du 17 mars 2020, le service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence est rémunéré au pharmacien.

À partir du 25 janvier 2021, le service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence est une activité sous la Règle 36 Administration d'un médicament.

Le service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence est remboursé selon le régime général d'assurance médicaments; il est soumis aux contributions prévues selon la Loi sur l'assurance médicaments (À compter du 25 janvier 2021, le service Administration d'un médicament n'est pas soumis à la contribution.).

Lors d'une situation d'urgence, le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament en vente libre ou du salbutamol. La situation d'urgence se définit comme étant une situation pour laquelle une intervention doit être faite immédiatement lorsqu'une personne assurée est en danger, en attendant les premiers répondants, si les circonstances l'exigent.

■ **Principes à respecter**

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le prescripteur doit être le pharmacien.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de service doit correspondre à IU.
- Le code de produit (DIN) du médicament d'urgence est obligatoire.
- Le type de service doit indiquer la situation de l'intervention d'urgence :
 - A : Suite à la vaccination;
 - B : Toutes autres situations d'urgence.

Remarque

Pour les **principes à respecter** de la fourniture admissible avec le Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence, voir la section [2.2.4.2.3](#).

2.2.4.39 Substitution thérapeutique d'un médicament

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**

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de service doit correspondre à **RA** pour la substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement.
- Le code d'intervention doit correspondre à :

	Valeur
• Rupture d'approvisionnement : DIN du médicament en rupture obligatoire	AA
• Risque pour la sécurité d'un patient : DIN du médicament alternatif obligatoire	AB
• Médicament officiellement retiré du marché canadien : DIN du médicament en rupture obligatoire	AF
• Problème relatif à son administration : DIN du médicament alternatif obligatoire	AG

2.2.4.40 Modification d'une thérapie médicamenteuse

Le paiement est autorisé lorsque le pharmacien effectue une modification d'une thérapie médicamenteuse, qu'il ajuste la posologie d'un médicament ou cesse un médicament à partir d'une ordonnance émise par un professionnel habilité à prescrire des médicaments, ou qu'il effectue ces modifications à la suite d'une demande d'un autre professionnel.

Lors de l'analyse du dossier pharmacologique par le pharmacien, si plus d'un médicament doit être ajusté ou cessé, le tarif désigné au point 17 de l'annexe III est appliqué pour chacun des médicaments ajustés ou cessés à compter du second jusqu'à un maximum total de 4 ajustements ou cessations par intervention auprès d'une personne assurée par jour.

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.

À compter du 25 janvier 2021, le service de modification d'une thérapie médicamenteuse n'est plus soumis à la contribution.

■ Principes à respecter

- Ce service n'est plus soumis à la contribution.
- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de service doit correspondre à **AD** pour modification d'une thérapie médicamenteuse.
- Le code d'intervention est obligatoire et doit correspondre à l'une de ces valeurs :

	Valeur
• Diminuer les effets indésirables d'un médicament	JA
• Gérer les interactions médicamenteuses	JB
• Prévenir la défaillance d'un organe	JC
• Prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques de la personne assurée	JD
• Prendre en compte le poids de la personne assurée	JE
• Améliorer la tolérance de la personne assurée à la thérapie médicamenteuse	JF
• Corriger une erreur manifeste de dosage	JG
• Autres situations (à partir du 25 janvier 2021)	JH
• Assurance de l'efficacité ou de la sécurité de la thérapie (à partir du 25 janvier 2021)	JI
• Cessation (à partir du 25 janvier 2021)	JJ

- Le DIN du médicament ajusté doit être inscrit.
- À partir du 25 janvier 2021, pour un NAM :
 - 4 ajustements ou cessations par jour, et ce, pour l'ensemble des pharmacies
 - Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour des dénominations communes différentes est permis
 - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement.

2.2.4.41 Service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation

À compter du 17 mars 2020, le Service d'accès en pharmacie à la vaccination est rémunéré au pharmacien.

Le service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au PQI est remboursé selon la Loi sur l'assurance maladie (LAM). Les personnes visées par ce service sont exemptées du paiement.

Le service permet au pharmacien de prescrire et d'administrer des vaccins du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) à toute personne âgée de plus de 6 ans. Seul le vaccin contre l'influenza est remboursé à toute personne âgée de 2 à 6 ans. L'administration des vaccins peut également être effectuée par une infirmière ou une infirmière auxiliaire à l'emploi de la pharmacie.

Les vaccins sont fournis gratuitement par la Santé publique aux pharmacies via les grossistes reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les pharmaciens doivent se procurer les vaccins par l'intermédiaire des grossistes.

La [liste des vaccins](#) visés par ce service et le coût sur lequel sera calculée la marge du grossiste pour chacun d'eux est publiée sur notre site Web.

■ Principes à respecter

- Ce service n'est pas soumis à la contribution.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie
- Le prescripteur doit obligatoirement être le pharmacien.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de service doit correspondre à **VA** : Vaccination.
- Le type de service et la rémunération doit correspondre au professionnel qui a délivré le service :
 - o **A** : Pharmacien
 - o **B** : Infirmière
 - o **C** : Pharmacien : Vaccin influenza (pandémie) (fin le 31 mars 2021)
 - o **D** : Infirmière et infirmière auxiliaire : Vaccin influenza (pandémie) (fin le 31 mars 2021)
- Le code de produit (DIN) doit correspondre à un vaccin identifié au PIQ.
- Le code de grossiste doit indiquer le grossiste où le pharmacien s'est approvisionné.
- L'âge de la personne est validé :
 - o Personnes de 6 ans et plus : tous les vaccins du PQI sont admissibles.
 - o Enfants de 0 à 6 ans. Le code d'intervention **DB** est obligatoire pour que la demande de paiement soit acceptée :
 - **DB** : Enfant de 0 à 6 ans admissible au vaccin contre l'influenza.
 - o Pour la personne de plus de 100 ans le code d'intervention **DC** est obligatoire
 - **DC** : Permettre un service pour une personne de plus de 100 ans.
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

Remarque

Pour les **principes à respecter** de la fourniture admissible avec le **service de vaccination**, voir la section [2.2.4.2.2](#).

2.2.4.42 Service de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs

■ **Principes à respecter**

- Date de début de facturation : 2021-01-25
- Ce service n'est pas soumis à la contribution.
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le code de service doit correspondre à **SP** : Service de prise en charge en soins palliatifs.
- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- Un forfait hebdomadaire par NAM :
 - o 1 réclamation par période de 7 jours;
- Le code de service **AD** ne peut être réclamé en même temps (Ajustement de la dose).
- L'opinion et le refus ne peuvent être réclamés durant la période de 7 jours.

2.2.4.43 Service de prise en charge après une hospitalisation

■ **Principes à respecter :**

- Date de début de facturation : 2021-01-25
- Ce service n'est pas soumis à la contribution.
- Le code de service doit correspondre à **PH** : Prise en charge après à une hospitalisation
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien;
- Afin de répondre à la condition « au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants ». Trois codes d'intervention doivent être présents sur la demande de paiement et ils peuvent être identiques ou différents. Par exemple, une fois AD, AC ou AD et deux fois AE.

	Valeur
• pour un ajustement	AC
• pour un ajout	AD
• pour une cessation	AE

2.2.4.44 Demande de consultation adressée à un pharmacien

■ **Principes à respecter**

- Date d'entrée en vigueur : 2021-01-25
- Ce service n'est pas soumis à la contribution
- Le code de programme doit correspondre à **07** : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.
- Le code de service doit correspondre à **DC**.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Dans le champ **Prescripteur**, le numéro du prescripteur doit correspondre au professionnel qui fait la demande de consultation
- Dans le champ **Pharmacien instrumentant**, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond de la demande de consultation

- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

Les codes d'interventions possibles	
• Révision de l'historique des traitements et recommandations.	JK
• Recommandations sur la conduite à tenir en rapport avec des effets indésirables ou des anomalies de laboratoire pour des traitements ou médicaments.	JL
• Analyse pharmacologique pour déterminer la présence ou l'absence d'un médicament en cause dans un problème de santé ou une anomalie de laboratoire.	JM
• Plan de sevrage d'un médicament avec suivi.	JN
• Évaluation des meilleures options pharmacologiques pour une condition particulière sans réponse au traitement pharmacologique de première intention.	JO
• Suggestions d'un traitement alternatif ou d'un titrage de médicament lorsqu'il n'existe aucun algorithme de traitement ou nomogramme s'appliquant à ce patient.	JP

- Contrôle sur la fréquence des demandes :
 - Une demande de consultation pour un NAM
 - Par pharmacie (raison sociale)
 - Par jour
 - Par numéro de professionnel demandeur (champ **Prescripteur**)

2.2.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ

2.2.5.1 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**.

Pour donner accès aux médicaments d'exception 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.

2.2.5.2 Mesure du patient d'exception

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, les exigences de la RAMQ 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 inscrits sur la lettre transmise par la RAMQ à la personne assurée. Ces codes de facturation sont disponibles sous [Mesure du patient d'exception – Codes de facturation](#), à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site Web 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 professionnel traitant est requise.
- Le format d'acquisition doit correspondre à **0**.
- 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.

2.2.5.3 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 de la RAMQ.

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.

2.2.5.4 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.

2.2.6 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 visant 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 met en place des mesures de suivi et de contrôle.

2.2.6.1 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 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 justificatif 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 *Code justificatif*.

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 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"> • Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, • avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien; • Helicobacter pylori positif; • Ulcère gastrique ou duodéal. 	90 jours consécutifs ou non consécutifs par période de 12 mois
PP12	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens; • Prophylaxie cytoprotectrice; • Grossesse; • Port d'une sonde naso-gastrique ou gastro-jéjunale; • Syndrome de l'intestin court. 	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"> • Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP; • Gastroentérite éosinophilique; • Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien; • Gastroentérite éosinophilique; • Œsophage hypersensible; • Symptômes extradigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP. 	12 mois
PP999	<ul style="list-style-type: none"> • Anneau de Schatzki; • Ectasie vasculaire antrale; • Fuite de liquide gastrique autour du site péristomal à la suite d'une gastrostomie; • Maladie de Crohn, atteinte du tube digestif supérieur; • Œsophage de Barrett 	24 mois

Code justificatif	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
	<ul style="list-style-type: none"> • Œsophagite à éosinophiles; • Œsophagite érosive récidivante; • Prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique; • Sténose peptique de l'oesophage; • Syndrome de Zollinger-Ellison; • Ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'<i>Helicobacter pylori</i> ou de prise d'anti-inflammatoires; • Ulcères de Cameron; • Ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'oesophage. 	

■ **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**.

2.2.6.2 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 6 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, diabétiques ou non.

Situations cliniques particulières pouvant justifier des bandelettes supplémentaires

- Le patient diabétique n'atteint pas les cibles glycémiques, telles que définies par le médecin, pendant 3 mois ou plus.
- Le patient diabétique est atteint d'une maladie aiguë (ex. : infection), d'une comorbidité ou a subi une intervention médicale ou chirurgicale pouvant influencer le contrôle glycémique.
- Le patient diabétique commence une nouvelle thérapie médicamenteuse connue pour ses effets hypo- ou hyperglycémisants.
- Le patient diabétique présente des risques d'interactions médicamenteuses pouvant 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, mais 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 néoglucogenèse 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 extrapancréatique induisant l'hypersécrétion de facteurs hyperglycémisants;
- 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 surrénale, 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.

Pour tenir compte de cette situation, la RAMQ a créé deux codes à inscrire sur la transaction de bandelettes sans historique de consommation, soit le code d'intervention ou d'exception **BI** et **BM**.

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

■ **Principes à respecter**

- La bandelette doit être un réactif quantitatif du glucose dans le sang.
- Au besoin, inscrire le code justificatif ou l'un des codes d'exception suivants :

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

Code justificatif	
BLND	<ul style="list-style-type: none"> 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; 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. Les codes d'exception BE, BD et BG ne peuvent être utilisés lorsque le code justificatif BLND est inscrit sur une ordonnance.

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.

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

Le Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) est 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 relations avec les professionnels](#) afin d'identifier la personne, conformément à la section [1.3 Identification de la personne assurée](#).

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 doit 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^{MC});
- 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 code du sexe doit être égal à **F** (féminin).
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le nombre de renouvellements 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^{MC})

- le code de service doit correspondre à **O** pour la trousse orale solide de Mifegymiso^{MC} : 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 renouvellements 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 : 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 renouvellements doit correspondre à 0.

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^{MC})			
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.

2.2.6.4 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures

La ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à la RAMQ la gestion du 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 RAMQ. 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, si aucune de ces pièces ne peut être présentée, le pharmacien doit saisir certains renseignements sur la personne afin que la facturation soit acceptée. Le nom, prénom, date de naissance et sexe ainsi que le 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.

2.2.6.4.1 Information générale pour toutes les réclamations de la 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;
- Exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Vaporisateur nasal Narcan^{MC};
- Exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable;
- Exécution d'une ordonnance 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.

Pour chacun des services le code de programme est obligatoire :

- Le code de programme naloxone avec particularité **K** est **8K** : médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes.
- Le code de programme naloxone avec particularité **L** est **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.
 - Le nombre de renouvellements doit correspondre à 0.

2.2.6.4.2 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**, la seringue avec aiguille jetable et rétractable doit être facturée avec le code de facturation 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^{MC}

■ 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^{MC} pour un utilisateur.
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation doit correspondre à **99101434** pour la naloxone – Vaporisateur nasal Narcan^{MC} 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	02455935	1 ml	8 formats
		Solution injectable 0,4 mg/mL	S.O.S Naloxone Hydrochloride injection	02453258		
		Naloxone (chlorhydrate de) Vaporisateur nasal 4 mg/0,1 ml	Vaporisateur nasal Narcan ^{MC}	02458187	2vaporisateurs	4 formats
		Trousse préassemblée contenant 2 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 4 mg/0,1 ml	Vaporisateur nasal Narcan ^{MC}	99101434	2 vaporisateurs	4 formats
		Trousse préassemblée contenant 2 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
	Y	Ensemble de 4 tampons alcoolisés et 2 gants		99101406	1 ensemble	4 formats
		Trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés 2 vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone		99101461	1 trousse	4 trousse
		Masque barrière à utilisation unique		99101446	1 masque	4 formats
	EN					1 par personne, par pharmacie, par période de 365 jours

2.2.7 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 [2.6 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 :
 - o demande de paiement acceptée telle que transmise,
 - o demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service,
 - o 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 texte du message informatif, s'il y a lieu;
- 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.

2.3 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 soumettre à la RAMQ une [Requête de réactivation de demandes de paiement](#) (4454). Si elle l'accepte, elle réactivera sa demande de paiement pendant 14 jours pour permettre au pharmacien de l'annuler, puis de lui en soumettre une nouvelle.

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 logiciels;
- 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.

2.4 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 déceler rapidement les anomalies ou les incohérences dans les traitements sans attendre la réception de l'état de compte. Il est alors plus facile, de part et d'autre, de procéder aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu.

La pharmacie peut obtenir le sommaire journalier des transactions seulement pour les **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 transactions 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.

2.5 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.

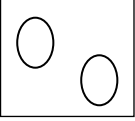
À noter qu'il y a deux types de transactions d'annulation. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

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.

2.6 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 : NOM, PRÉNOM Adresse ligne 1 Adresse ligne 2					
QUANTITÉ / NUMÉRO RX 999.9 123456789	MÉDICAMENT / PRESCRIPTEUR NOM_MÉDICAMENT DR NOM, PRÉNOM	DIN 12345678			
SPÉCIMEN					
SERVICE COUVERT PAR : RAMQ COÛT DE L'ORDONNANCE : 00,00 MONTANT ASSURÉ : 00,00					
COÛT DU MÉDICAMENT : ¹		00,00			
MONTANT MARGE DU GROSSISTE : ²		00,00			
HONORAIRES DU PHARMACIEN :		00,00			
EXCÉDENT NON ASSURÉ : ³				00,00	
CONTRIBUTION DE L'ASSURÉ					
FRANCHISE : ⁴		00,00			
COASSURANCE : ⁴		00,00		TOTAL CONTRIBUTION : ⁴ 00,00	
MONTANT PAYÉ PAR ASSUREUR : ⁴		00,00			
				TOTAL À PAYER : 00,00	
PÉRIODE			CUMUL DES CONTRIBUTIONS		
AN	MOIS	COÛT PAR PÉRIODE ⁴	PAYÉES À CE JOUR ⁴	RÉSIDUEL PÉRIODE ⁴	
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			

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).

2.7 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 Numéro de version de la norme en erreur (◆)

Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

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 logiciels.

04 Numéro de développeur de logiciels en erreur (◆)

1. Le numéro de développeur de logiciels 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 logiciels.

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 logiciels.

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 logiciels.

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) et JJ (jour) (ex. : 2016-07-01).

2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

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 logiciels.

30 Code de programme absent ou en erreur

1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes :

	Valeur
• 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 ultrarésistante)	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
• services offerts en pharmacie remboursés par la LAM Québec. À compter du 25 janvier 2021, les codes de service suivants sont sous le programme 07 : VA, IU, V, W, SP, DC et 04	07
• 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 les sections suivantes :

- [2.2.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS;](#)
- [2.2.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose;](#)
- [2.2.5.1 Médicament d'exception;](#)
- [2.2.5.2 Mesure du patient d'exception;](#)
- [2.2.4.25 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.](#)

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 ou d'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**, ou « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge » ou « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi » avec le code d'intervention et d'exception **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 relations avec les professionnels](#) pour obtenir le numéro d'assurance maladie.

Voir la 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) et 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 la section [2.2.3 Données de facturation – cas régulier](#), section C.

37 Prénom de la personne en erreur

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

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 **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 **N, V, S** et **R**.
Voir la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*.
 2. La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service **V, W, Z, AD, FE, IU** ou **RA**.
-

54 Nombre de renouvellements en erreur

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 **2, 3, 4, 5, 7, 8, EN, CP, A, S, V, W, Z, SP ou PH**. Pour tous les autres services, vérifier si le code de produit (DIN) est inscrit tel qu'indiqué dans la *Liste des médicaments*.
Voir la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*.
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 relations avec les professionnels](#).
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 la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*.
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 la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*, 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 suivants;
 - 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 il y a présence d’une autorisation **PILD** (pilulier de longue durée) ou du code d’intervention ou d’exception **CS**;
 - 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;
 - 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,
 - 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);
 - Code d’intervention ou d’exception **MT** – Pharmacothérapie initiale :
 - En présence d’une nouvelle ordonnance (nature/expression = **N** ou **V**), la durée du traitement doit être égale à 7 jours,
 - En présence d’un renouvellement d’ordonnance (nature/expression = **S** ou **R**), la durée du traitement doit être supérieure ou égale à 21 jours;
 - Code de programme **8K** ou **8L** (programme de gratuité de la naloxone) :
 - La durée du traitement doit être présente et différente de 0;
 - Codes de service **FE, RA, AD** :
 - La durée de traitement doit être égale à 0.

Voir la description des codes de service à la section [2.2.3.2, Renseignements à fournir](#).

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 :

	Valeur
• 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

	Valeur
• infirmier du Québec	57
• diététiste	58
• inhalothérapeute	59
• prescripteur hors du Québec non inscrit à la RAMQ	99

Voir la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.

61 Numéro 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 la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.

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 :
 - champ « à blanc » = tel que prescrit;
 - choix du prescripteur de « ne pas substituer » = **1**;
 - choix du pharmacien de remettre un médicament équivalent = **3**;
 - (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 les sections suivantes :

 - [2.2.4.1 Médicament magistral](#);
 - [2.2.4.22 Thérapie parentérale](#);
 - [2.2.4.23 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#);
 - [2.2.4.24 Préparation de solution ophtalmique](#);
 - [2.2.4.33 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes](#);
 - [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#);
 - [0 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](#) .

64 Un seul code d'intervention est requis avec ce code 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 les sections [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) et [0 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 .

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 la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.

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 la section [2.2.4.34 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 facturée, 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 la section [2.2.6 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 avoir été 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 ou d'exception suivants 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 l'onglet *Tarif*.

69 Trois codes intervention obligatoires avec service PH

1. Le code de service doit correspondre à PH – Prise en charge après à une hospitalisation
2. Afin de répondre à la condition « au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants », ajouter sur la demande de paiement les 3 codes d'intervention suivants :
 - **AC** : pour un ajustement
 - **AD** : pour un ajout
 - **AE** : pour une cessation

76 Numéro 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 relations avec les professionnels](#).

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 Nombre de DIN réclamés 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 [2.2.3.2, Renseignements à fournir](#).

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. 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 bénéfices **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

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 *****

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

Sur une demande de paiement, le DIN identifiant le nombre d'unités préparées doit être présent.

Voir la description des codes de service à la section [2.2.3.2, Renseignements à fournir](#).

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

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**

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 AAMMJJ (ex : 160701).
 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.
-

91 Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)

Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique.

NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 00000000.

92 Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)

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 *****

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**

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

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 *****

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 *****

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^e ou 4^e code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement).
-

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

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

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

5B Numéro 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.
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 **UI**, pharmacien désigné contacté ou non, doit être inscrit sur la demande de paiement.

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 de l'ordonnance en erreur

1. Vérifier si la date de fin de validité inscrite sur la demande de paiement est :
 - postérieure à la date du service ou y correspond;
 - de format SSAAMMJJ (ex. : 20AA0728);
 - une date valide (ex. : le 30 février n'est pas une date valide).
2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement est égal à 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 = 2020-07-01 moins (-) 99 jours = 2020-03-24). L'intervalle des dates de service acceptables est du 2020-03-24 au 2020-07-01.

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 la section [2.2.4.17 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. 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.
9. 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.
10. Avec le code de service **AD** Modification à une thérapie médicamenteuse :
- Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour toutes les pharmacies pour des dénominations communes différentes, est permis;
 - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement;
 - À partir de la 5^e demande de paiement transmise, le message A3 sera affiché.

A8 Demande de paiement à annuler absente

1. Selon les renseignements reçus, aucune demande de paiement à annuler n'a été trouvée. 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 la contraception orale d'urgence ou la gratuité de la naloxone et ses fournitures ou la pilule abortive, inscrire un des codes de programme suivants :

	Valeur
• 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 les sections [2.2.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS](#) ou [2.2.4.16 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^e 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 (personne adulte),
 - **MB** : preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments (personne 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. Cette dernière 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 :
 - mise en seringue de solution de chlorure de sodium (code de service **Q**);
 - médicament de la mesure du patient d'exception (groupe bénéfice = **40**);
 - préautorisation téléphonique obtenue (code d'intervention/exception = **CS**);
2. La facturation de la bandelette Coagucheck (99101324) (listemed 118) est 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 mois précédant la date de service.
3. À partir du 3 février 2021, les réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) ci-dessous sont retirés de la *Liste des médicaments* et, par conséquent, ne sont plus remboursés, sauf exceptions :
 - D360 Blood Glucose Test Strips (99101469);
 - Dario (99101227);
 - GlucoDr (99101165);
 - iTest (99100332);
 - Nova-Max (99100497);
 - On Call Vivid (99101314);
 - On-Call Plus (99100479);
 - TRUEtest (99100714).

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 relations avec les professionnels](#) 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.
4. Pour le service de **Demande de consultation à un pharmacien** (code de service **DC**), faire attention au numéro dans les champs suivants :
 - Dans le champ **Prescripteur**, le numéro du prescripteur doit correspondre au professionnel qui fait la demande de consultation :
 - o Dans la même journée, vous ne pouvez inscrire deux fois le même numéro de professionnel.
 - Dans le champ **Pharmacien instrumentant**, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond à la demande de consultation :
 - o Un pharmacien peut faire une demande de consultation à un autre pharmacien, mais le champ Prescripteur et le champ Pharmacien instrumentant ne peuvent pas être identiques.

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** (voir la section [2.2.4.18](#) de l'onglet *Communication interactive*);
 - 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 d'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 et l'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 \$

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 la section [2.2.4.20 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \\$](#).

D7 Renouvellement hâtif NCE : *****

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 la section [2.2.4.17 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

E1 Traitement en erreur

Communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

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

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

Pour une facturation avec le code de service **W** et le type de service **B** ou **C**, on recherche à l'historique les critères suivants :

- 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

Le nombre de rencontres de suivi (limite de 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

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

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

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

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. À partir du 25 janvier 2021, deux services d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation (code de service **Z**) sont payables 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 s'être écoulé 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. Le service de prise en charge en soins palliatifs (code de service **SP**) est un forfait hebdomadaire qui peut être facturé une fois par période de 7 jours.
 4. Dans le cadre du service d'administration d'un médicament, 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

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 : *****

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 : *****

La même réclamation avec les critères suivants a déjà été payée à la personne assurée par la 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

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.

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*), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

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 logiciels.

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 la section 2.2.4.35 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^{MC} 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 bénéfice = **40**).
2. Une autorisation de type **PME** ou **INTH** est requise pour un médicament d'exception (groupe bénéfice = **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 préautorisé par la RAMQ (demande de paiement réclamée avec le code d'intervention ou d'exception **DM**).

5. Une autorisation de type **LOND** est requise pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ (demande de paiement réclamée avec le code d'intervention ou d'exception **DN**).
6. Une autorisation de type **CSSR** est requise pour une considération spéciale pour le service rendu (code d'intervention ou d'exception **TC, TP, TB, TR** ou **TS**) lorsque les frais de transport réclamés sont supérieurs à 25 \$. Le montant maximum pouvant être autorisé est de 75 \$.
7. Une autorisation de type **PILD** est requise pour une ordonnance facturée 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**,
 - Le code d'intervention ou 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
 - Le code d'intervention ou d'exception présent sur la réclamation en traitement est **IP**, confirmation des services rendus au privé.

DY Erreur d'inscription du code d'intervention

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 logiciels.

EJ Date prévue de renouvellement SSAA/MM/JJ

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 [2.2.4.17 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

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

EK Ordonnance de longue durée : XXX jours

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^{MC}) 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 relations avec les professionnels](#).

ES Service sur appel déjà payé NCE : *****

Ce message paraît si 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**.

1. **FP Forme ou code de produit non permis avec ce code de service pour le DIN *******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 sont présents, 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. S'il s'agit d'un médicament d'exception ou d'un 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 égal ou inférieur à 60 jours.
3. S'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 égal ou inférieur à 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

Ce message 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 : *****

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.

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

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 la section [2.2.4.7 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 la section [2.2.4.18 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 *****

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 la section [2.2.4.18 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité](#).

KN Code BD – Noter la justification au dossier

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 relations avec les professionnels](#).

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 relations avec les professionnels](#).

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 la section [2.2.4.17 Non-respect de la durée du 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

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 *****

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 : *****

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 : * jours**

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 antibagique 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 prescrits 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 antibagiques 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 antibagique est remboursable par la RAMQ au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.

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^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de **NCE** indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.

LV Quantité maximum dépassée, payable : * pour le DIN *******

1. La **quantité** de gommes payable par la 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

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

La 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 la section [2.2.4.17 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

3. Le service de prise en charge en soins palliatifs (code de service **SP**) est un forfait hebdomadaire par NAM qui peut être facturé une fois par période de 7 jours, pour l'ensemble des pharmacies.

NF Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : *****

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 la section [2.2.4.19 Dépassement de la quantité maximale journalière](#).
- S'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ » **CS**.
Voir la section [2.2.5.3 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 relations avec les professionnels](#) 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 /

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 les sections :
 - [2.2.4.33 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes](#);
 - [2.2.4.1 Médicament magistral](#);
 - [2.2.4.22 Thérapie parentérale](#);
 - [2.2.4.23 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#);
 - [2.2.4.24 Préparation de solution ophtalmique](#);
 - [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#);

- [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 .
Voir la section [2.2.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.

NM Service * et classe produits 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, d'aiguilles jetables ou de 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 qui correspondent 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'espacement. 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'espacement;
 - Code de service **Y** est requis pour la facturation de Fourniture sans honoraires – masque, tampons alcoolisés et gants. Ce code est aussi valable pour les fournitures comprises dans la trousse préassemblée de naloxone dans laquelle on ajoute 2 vaporisateurs de Narcan;
 - 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 doivent 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 les sections [2.2.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement](#) ou [2.2.4.5 Opinion pharmaceutique](#).

- 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 la section [2.2.4.27 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile](#).

- Vérifier si le code d'intervention ou d'exception est **MT**. Si oui, s'assurer que le code de service est **O**.

Voir la section [2.2.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie](#).

- Vérifier si le code de service est **S**. Si oui, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant à UI, pharmacie désignée contactée ou non, n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.

- Vérifier si le code de service est **V** ou **W**. Si oui, inscrire le code d'intervention approprié.

Voir les sections [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) ou [0 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](#).

- Vérifier si le code de service est **F**. Si oui, inscrire le code d'intervention approprié.

Voir la section [2.2.4.2.4 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables \(sans aiguille\), de seringues de chlorure de sodium préremplies](#).

- Vérifier si le code de service est **AD**. Si oui, inscrire le **code d'intervention approprié**.

NO Service requiert personne sous surveillance – PROGRAMME SUSPENDU

- 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 UI, pharmacie désignée contactée ou non, puisque ce code est utilisé seulement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.
- Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.

NQ Médicament *** non permis en pharmaco. initiale**

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**

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 : *****

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.

NU Soins palliatifs et ajustement de dose même période NCE : *****

Message spécifique associé à la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs

- Une réclamation par période de 7 jours.

Le service de **modification d'une thérapie médicamenteuse** ne peut être facturé en surplus durant la période de 7 jours du service **SP**.

OP Service précédent servi en pilulier NCE*****

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 aliments et drogues, 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 aliments et drogues, 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 narcotique.
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 relations avec les professionnels](#).
 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)**, **Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S)**, 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. Concernant le code de service **3** (opinion pharmaceutique) :
 - Le système limite le paiement à une seule réclamation le même jour pour la même personne assurée à la même pharmacie.
2. Concernant le code de service **V** (évaluation du besoin de la prescription d'un médicament) :
 - Le système limite le paiement à une seule réclamation le même jour, pour la même personne assurée, à la même pharmacie et pour le même code d'intervention (traitement médicamenteux).
3. Concernant le code de service **W** (prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques) et les types de services **A** ou **D** (rencontres initiales) :
 - Le système limite le paiement à une seule réclamation, le même jour, pour la même personne assurée, à la même pharmacie.
4. Concernant le code de service **W** (prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques) et les types de services **B, C** ou **E** (rencontres de suivi) :
 - Le système limite le paiement à une seule réclamation, le même jour, pour la même personne assurée, à la même pharmacie et avec le même code d'intervention.
5. Concernant le code de service **AD** (modification d'une thérapie médicamenteuse) :
 - Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour toutes les pharmacies, pour des dénominations communes différentes, est permis;
 - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement.

RN Maximum annuel dépassé NCE ***** et *****

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 ce dernier 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 relations avec les professionnels](#). 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 celles relatives 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 [2.2.3.2 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 ou 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															
Personne assurée																									
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										
Professionnel																									
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							
Service																									
NUMÉRO D'ORDONNANCE				CODE DE SERVICE				CODE DIN				NRE DE RENOUVEL.		CANTURE		CODE SELECTION		FORMAT		SOURCE		QUANTITÉ			
TYPE DE SERVICE		DURÉE DE TRAITEMENT		CODE D'INTERVENTION OU D'EXCEPTION				DATE DE FIN DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE																	
								ANNÉE				MOIS		JOUR											
MONTANT DEMANDÉ MÉDICAMENTS OU FOURNITURES										FRAIS DE SERVICE DEMANDÉS					SIGNATURE DU PHARMACIEN VISÉ À L'ENTENTE OU DE SON MANDATAIRE										

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement :

- 1) Vérifiez que le pharmacien a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- 2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- 4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le pharmacien.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer vos médicaments pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- 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.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée										Adresse pour l'envoi du chèque									
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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

4 PAIEMENT

Pour tout renseignement sur le paiement, communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) (voir la section *Introduction*).

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 État de compte

Un état de compte est produit à chaque paiement pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 25 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU			NUMÉRO DU PAIEMENT		PAGE									
NOM (1) (9)						NUMÉRO DU PROFESSIONNEL (2)		NUMÉRO DU GROUPE (3)		NUMÉRO DU CHEQUE (4)		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE (5)		(6)			(7)		DE (8)	
																	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.
(1a)	(2a)	(3a)	(4a)	(5a)		(6a)														
SPÉCIMEN																				

2000 - 4713 306 02/04

4.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

4.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. **NOM** : Le nom du pharmacien ou de la société de pharmaciens.
2. **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : Le numéro d'inscription de la pharmacie, du pharmacien ou de la société de pharmaciens visés à l'Entente.
3. **NUMÉRO DU GROUPE** : Cette case n'est pas utilisée dans le cas des pharmaciens.
4. **NUMÉRO DU CHÈQUE OU DU 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^e 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. Par exemple : 30 juillet 2018 = 180730; c'est-à-dire 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 la section 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 les procédures sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.3 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 [2.3 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien](#) sous l'onglet *Communication interactive*.

4.3.3.5 Délai pour demander une révision

Le pharmacien peut contester une demande de paiement autorisée en effectuant une demande de révision selon les modalités établies par la 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^{er} 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^e) 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^e) 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 135 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 tel qu'indiquée sur l'état de compte.

Tout montant dû et non acquitté sur une demande de paiement porte, à compter du 21^e 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.

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

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

M^e Diane Fortier

M^e Francine Lamy

M^e Joëlle L'Heureux

À défaut d'entente, M^e Diane Fortier agit comme présidente.

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 l'onglet [Mention « ne pas substituer »](#) de la rubrique Médicaments 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 MAXIMUMS 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^{er} avril 2020 et se termine le 31 mars 2022.

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 _____ 2021.

Christian Dubé
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

Benoît Morin
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.

Lors du service d'exécution ou du renouvellement d'une ordonnance, un seul tarif d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance est payable.

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 [2.2.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fournie avec un solvant](#) sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 4

Abrogée.

RÈGLE 5

Abrogée.

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 [2.2.4.4 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. rescription d'un médicament) ne donne droit à aucun paiement.

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

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

RÈGLE 10 Opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien dressé sous son autorité, portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'une personne assurée ou sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance.

La Régie paie au pharmacien le coût du service prévu au tarif pour une opinion, qu'elle s'adresse à un ou plusieurs prescripteurs, pour autant que :

- a) l'opinion porte sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicaments; et
 - l'opinion comporte une recommandation qui soit propre à la personne assurée visée; et
 - 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 [2.2.4.5 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;
 - 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;

- 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 [2.2.4.5 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 [2.2.4.28 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 [2.2.4.7 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 appropriée¹ 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.
- 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.
 - 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.
 - 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.

¹ 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.

- 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 ¹	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	

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 :

- b) 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;
 - 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;
 - les renseignements ainsi obtenus sont consignés au dossier-patient.

¹ Préparations magistrales non stériles en pharmacie. Norme 2012-01, OPQ, Catégories de préparations magistrales non stériles pages 6 et 7.

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 [2.2.4.13 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 :

- Si lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement;
- Si 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;
- Si la quantité des médicaments prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament;
- Si la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques reliées au médicament;
- Ou 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;
 - la personne assurée reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier;
 - 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;
- lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

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

AVIS : Voir la section [2.2.5.3 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 préremplies 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 préremplies 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*;
- 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;
 - le coût de service prévu pour la remise de seringues de chlorure de sodium préremplies ainsi que le coût des seringues de chlorure de sodium préremplies 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;
 - 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*;
 - 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 [2.2.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement](#) et [2.2.4.2.4 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables \(sans aiguille\), de seringues de chlorure de sodium préremplies](#) 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^{er} 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.

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 : Voir la section [2.2.4.8 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 plus¹, la rémunération est celle prévue au point 1A de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

La rémunération de chaque service découlant de l'application du tarif 1A de l'annexe III est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés, sous réserve d'une rémunération maximale équivalant à quatre-vingt-dix (90) jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphes a) à 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-paragraphes 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 [2.2.4.31 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale 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;
- 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 [2.2.4.30 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;

¹ Excluant les médicaments de l'annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlés) lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques).

- 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 dispensés sont payables lorsque le pharmacien désigné est inaccessible pour la personne assurée et que le pharmacien communique avec le pharmacien désigné lors du service.
 - 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.

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.

- 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.
- 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 [2.2.4.22 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 [2.2.4.29 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 [2.2.4.33 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes](#) sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 30 Prescription d'un médicament

Lorsque le pharmacien évalue le besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux pour l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- 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;
- les aphtes buccaux;
- la dysménorrhée primaire;
- les hémorroïdes;
- l'infection urinaire chez la femme;
- la candidose cutanée;
- la candidose orale;

et que la personne assurée a déjà fait l'objet d'un traitement par un autre professionnel habilité à prescrire et qu'elle s'est vue prescrire antérieurement un médicament en lien avec le cas ou la condition dans les délais prévus par règlement, la Régie paie le tarif désigné au point 22 A) de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

Lorsque le pharmacien évalue le besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux pour l'une des conditions suivantes :

- un traitement antiviral à une personne assurée présentant des signes et symptômes s'apparentant à l'herpès zoster, sauf si les signes et symptômes sont présents au niveau de la tête;
- un traitement antiviral contre l'influenza à un patient symptomatique et à risque de développer des complications;

La Régie paie le tarif désigné au point 22 B) de l'annexe III. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament. Le pharmacien doit inscrire les motifs justifiant l'amorce d'une thérapie médicamenteuse sur un formulaire remis à la personne assurée et la diriger vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée dans les 48 à 72 heures conformément aux dispositions réglementaires à ce sujet.

La date de l'entrevue ainsi que la démarche pour l'évaluation du besoin de prescription de la personne assurée selon les normes professionnelles en vigueur doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Une copie de ces renseignements doit être fournie à la Régie sur demande.

De plus, pour les conditions exigeant la remise d'un formulaire à la personne assurée, une copie du formulaire complété doit être remise à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin de la prescription d'un traitement médicamenteux en vertu de la présente règle ne donnent droit à aucun paiement.

AVIS : Voir la section [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 31 Amorce d'une thérapie médicamenteuse

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

- la cessation tabagique :
 - à raison d'une seule amorce par type de traitement par année par personne assurée;
- la contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six (6) mois;
- la contraception orale d'urgence;
- le traitement de la diarrhée du voyageur;
- la prévention des nausées et vomissements excluant le mal des transports;

- la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme;
- la prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à l'influenza;
- la prophylaxie du paludisme;
- la supplémentation vitaminique en périnatalité;
- la pédiculose;
- la prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve;
- la prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque. Le risque est évalué selon les dispositions de l'avis de l'Institut national d'excellence en Santé et Services sociaux (INESSS) en vigueur
- la prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil);
- la prophylaxie post exposition accidentelle au VIH dans la mesure où le pharmacien dirige la personne assurée vers un professionnel responsable de son suivi clinique dans les 72 heures suivant l'amorce de la thérapie médicamenteuse;
- le traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée;
- le traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-oesophagien selon les dispositions réglementaires;
- le traitement de la gonorrhée et de la chlamydia d'une personne visée par un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le traitement accéléré des partenaires;
- le traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports.

la Régie paie le tarif désigné au point 25 A) de l'annexe III sauf pour la contraception orale d'urgence où le tarif désigné au point 25 B) s'applique. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

Lorsque le pharmacien évalue le besoin pour l'amorce d'un traitement médicamenteux, la date de l'entrevue ainsi que la démarche pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse auprès de la personne assurée selon les normes professionnelles en vigueur doivent être consignées au dossier de la personne assurée. Une copie de ces renseignements doit être fournie à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques liées à l'évaluation du besoin pour l'amorce d'une thérapie médicamenteuse en vertu de la présente règle ne donnent droit à aucun paiement.

À l'échéance de l'Entente, la tarification de cette règle sera revue pour assurer une cohérence entre la contraception orale d'urgence et les autres situations prévues à la règle pour l'amorce de la thérapie médicamenteuse. L'intégration de la contraception orale d'urgence à la présente règle découle de l'abolition du programme relatif à la gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie à compter du 25 janvier 2021.

AVIS : Voir la section [2.2.4.36 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) 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

Les activités suivantes sont nécessaires pour le paiement du service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques scientifiquement reconnues ou obtenues du professionnel responsable du suivi clinique du patient :

1. l'acceptation de la prise en charge de la personne assurée;
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. une communication au professionnel responsable du suivi clinique pourrait être requise selon les modalités prévues au règlement;
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 [0 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](#) 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 [0 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](#) 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 [0 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](#) 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 professionnel habilité à prescrire des médicaments 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 deux 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 [2.2.4.37 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation](#) sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 36 Administration d'un médicament

Lorsque le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament dans les conditions suivantes :

- aux fins d'en démontrer l'usage approprié pour les médicaments de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire;
- lors d'une situation d'urgence, soit une situation pour laquelle une intervention doit être faite immédiatement lorsqu'une personne assurée est en danger, en attendant les premiers répondants, si les circonstances l'exigent;

la Régie paye le tarif désigné au point 9 de l'annexe III. De plus, lorsqu'il s'agit de l'administration d'un médicament en situation d'urgence, le médicament administré doit être inscrit sur la Liste des médicaments et le tarif comprend alors également le service d'exécution de l'ordonnance, le cas échéant.

Le pharmacien doit s'assurer, avant d'administrer le médicament, d'obtenir le consentement de la personne assurée, le cas échéant.

Les médicaments pouvant être administrés en situation d'urgence sont définis dans la réglementation en vigueur.

La condition donnant lieu à l'administration d'un médicament, le consentement de la personne assurée le cas échéant, la date d'administration, le nom du médicament administré, la dose, et la voie d'administration doivent être consignés au dossier de la personne assurée et copie doit être fournie à la Régie sur demande.

Lorsqu'il s'agit d'un médicament administré aux fins d'en démontrer l'usage approprié, ce tarif est payable pour un maximum d'une démonstration par année par personne assurée, par médicament et par forme peu importe la teneur.

RÈGLE 37 Substitution thérapeutique d'un médicament

Le pharmacien peut procéder à la substitution thérapeutique d'un médicament dans les conditions suivantes et selon la réglementation en vigueur :

- en cas de rupture d'approvisionnement;
- lorsque le médicament est officiellement retiré du marché canadien;
- lorsqu'un médicament présente un risque pour la sécurité du patient, que la situation clinique du patient justifie l'amorce rapide d'une thérapie médicamenteuse, et que le prescripteur ne peut être joint en temps utile;
- lorsque le médicament présente un problème relatif à son administration;

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. La substitution par un médicament de la même dénomination commune mais d'une autre forme pharmaceutique pour un problème relatif à son administration ne donne droit à aucun paiement en vertu de la présente règle.

Pour avoir droit au paiement d'une substitution thérapeutique, le pharmacien doit :

1. dans le cas d'une substitution thérapeutique en raison d'une rupture d'approvisionnement, s'assurer qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux (2) grossistes en médicaments reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la Loi sur l'assurance médicaments;
2. aviser la personne assurée;
3. inscrire au dossier de la personne assurée les démarches réalisées, la substitution effectuée et l'avis donné à cet effet à cette personne. Copie doit être fournie à la Régie sur demande;
4. informer le prescripteur initial de la substitution effectuée.

Dans le cas d'une substitution thérapeutique en raison d'une rupture d'approvisionnement et advenant qu'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 l'alternative de traitement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec l'alternative déterminée par le pharmacien. Les opinions pharmaceutiques relatives à la substitution thérapeutique effectuée ne donnent droit à aucun paiement.

RÈGLE 38 Modification d'une thérapie médicamenteuse

Lorsque le pharmacien effectue une modification d'une thérapie médicamenteuse, qu'il ajuste la posologie d'un médicament ou cesse un médicament à partir d'une ordonnance émise par un professionnel habilité à prescrire des médicaments, ou qu'il effectue ces modifications à la suite d'une demande d'un autre professionnel tel que défini à la règle 41 afin d'assurer l'efficacité de la thérapie médicamenteuse ou la sécurité du patient, notamment aux fins de ou d' :

- 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.

Lors de l'analyse du dossier pharmacologique par le pharmacien, si plus d'un médicament doit être ajusté ou cessé, le tarif désigné au point 17 de l'annexe III est appliqué pour chacun des médicaments ajustés ou cessés à compter du second jusqu'à un maximum total de quatre (4) ajustement(s) ou cessation(s) par intervention auprès d'une personne assurée par jour.

Le pharmacien doit aviser le professionnel responsable du suivi clinique du patient de l'ajustement ou de la cessation d'une thérapie médicamenteuse effectué ainsi que la personne assurée selon les dispositions de la réglementation en vigueur. 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 modification d'une thérapie médicamenteuse (règle 38) ne peut être facturé en surplus de ce service si des ajustements de doses doivent être exécutés. Il en va de même pour le refus et l'opinion pharmaceutique, lesquels ne sont pas payables pour tout médicament dont le pharmacien assure l'ajustement.

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.

La modification de la thérapie (règle 38) est payable si requise. Les opinions et refus en lien avec la présente règle ne sont pas payables.

RÈGLE 41 Demande de consultation à un pharmacien

La Régie paie au pharmacien le tarif prévu au point 31 de l'Annexe III lorsqu'un pharmacien répond à une demande de consultation d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments, excluant un pharmacien communautaire, pour évaluer la thérapie médicamenteuse d'un patient.

La demande de consultation peut être transmise par tout moyen au pharmacien. Le pharmacien consulté fournit une réponse écrite au professionnel qui requiert ses services et s'assure de son accord avant d'amorcer, de modifier ou de cesser la thérapie médicamenteuse d'un patient.

Voici les situations de demandes de consultation payables en vertu de la présente règle :

- Révision de l'historique des traitements et recommandations.
- Recommandations sur la conduite à tenir en rapport avec des effets indésirables ou des anomalies de laboratoire pour des traitements ou médicaments.
- Analyse pharmacologique pour déterminer la présence ou l'absence d'un médicament en cause dans un problème de santé ou une anomalie de laboratoire.
- Plan de sevrage d'un médicament avec suivi.
- Évaluation des meilleures options pharmacologiques pour une condition particulière sans réponse au traitement pharmacologique de première intention.

- Suggestions d'un traitement alternatif ou d'un titrage de médicament lorsqu'il n'existe aucun algorithme de traitement ou nomogramme s'appliquant à ce patient.

Le pharmacien doit consigner au dossier de la personne assurée concernée la date et l'heure de la demande de consultation, le nom du demandeur, le contenu de la demande du professionnel habilité et le contenu de la consultation, incluant les recommandations visant la personne assurée. Une copie doit être transmise à la Régie sur demande.

Les opinions pharmaceutiques et les refus en lien avec la réponse à la demande de consultation par le pharmacien ne sont pas payables.

La demande de consultation n'est pas facturable si elle donne lieu exclusivement à une recommandation de prise en charge pour l'atteinte de cibles thérapeutiques ou à une recommandation de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs exécutée dans la même pharmacie.

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^e 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;
 - 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
Hypertension artérielle et maladies cardiaques	24:04	Cardiotropes
	24:08	Antihypertenseurs
	24:12	Vasodilatateurs (sauf les formes s.1. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole)
	24:20	Bloquants alpha adrénergiques
	24:20	Bloquants bêta adrénergiques
	24:28	Bloquants du canal calcique
	24:32	Inhibiteurs du système rénineangiotensinealdostérone
	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	Thiazolidinediones
Épilepsie	28:12	Anticonvulsivants (sauf Clonazépam)
Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.04	Antidépresseurs
	28:16.08	Antipsychotiques
	*28:24.92	Divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (prométhazine)
	*28:28	Autres psychotropes (lithium)

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;
 - 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^{er} al., par. i) adopté en vertu de la Loi sur la pharmacie ou d'une modification au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, a. 19, 1^{er} al., par. B) adopté en vertu de la Loi médicale, ou d'une modification aux principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les parties conviennent d'en évaluer l'impact et, le cas échéant, de négocier toute modification ou ajout pertinent à la présente entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 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^{er} 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 arrivées 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^{er} 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^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 et de 20,0 M\$ pour la période du 1^{er} 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^{er} 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\$.
 - Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 12,5 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} 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.
 - En juin 2020, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} 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\$.
 - Si des sommes demeurent disponibles dans le montant garanti de 20,0 M\$, les montants d'allocations professionnelles reçues entre le 1^{er} 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 [2.2.4.15 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'appliquent au présent programme.

5.02 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} 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^{er} 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 CHIMIOPROPHYLAXIE 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 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

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 [2.2.4.16 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'appliquent 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^{er} 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

- 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^e 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^{er} 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^{er} 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 (fin au 25 janvier 2021)

Le programme ainsi que les principes à respecter pour la facturation sont reconduits sous la règle 31 de l'Entente, code de service 4.

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 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.

1.05 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 [2.2.4.25 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence](#) 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^e 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^{er} décembre 2002 au 30 novembre 2003, la compagnie DICOM a été retenue. Les caractéristiques du transport régulier sont les suivantes :

- **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^e 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. 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 postpaiement, 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 [2.2.4.26 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles](#) et [2.2.4.27 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile](#) 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 relations avec les professionnels](#).
- 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^e 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

- 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'appliquent 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^e 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).

6.9 Programme 07 : les services en pharmacie relevant de la Loi sur l'assurance maladie

6.9.1 Définitions

Ce programme relève de la Loi sur l'assurance maladie

Le Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments ont été modifiés afin de déterminer les activités professionnelles des pharmaciens qui seront couvertes dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie. Il assure qu'aucune contribution ne soit exigée pour certains services pharmaceutiques.

À partir du 25 janvier 2021

Le code de programme 07 – Service offert en pharmacie remboursé par la **Loi sur l'assurance maladie** doit obligatoirement être indiqué sur la demande de paiement pour qu'aucune contribution ne soit perçue auprès de la personne assurée

6.9.2 Personne admissible au programme

Toute personne 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.

6.9.3 Information générale

Les activités professionnelles sans contribution sont :

- Évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures et pour le traitement des cas où aucun diagnostic n'est requis. Incluant désormais la contraception orale d'urgence.
- Prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.
- Prise en charge en soins palliatifs.
- Prescription et administration de certains médicaments en situation d'urgence.
- Accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation.

7 TARIF

7.1 Tarifs établis dans l'annexe III de l'Entente 2020-2022

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
	1	Exécution et renouvellement d'une ordonnance		
N	a)	Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides)		
		- 48 500 ordonnances et moins (maximum 28,80 \$).....	0,32 \$ par jour	
		- plus de 48 500 ordonnances (maximum 26,10 \$)	0,29 \$ par jour	
		- 48 500 ordonnances et moins (maximum 28,80 \$).....		0,32 \$ par jour
		- plus de 48 500 ordonnances (maximum 27,00 \$)		0,30 \$ par jour
		AVIS : Voir la section 2.2.4.31 sous l'onglet Communication interactive.		
0	b)	pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en a) et d)		
		- 48 500 ordonnances et moins	9,86 \$	10,03 \$
		- plus de 48 500 ordonnances.....	9,22 \$	9,38 \$
	c)	pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en a) et e)		
		- 48 500 ordonnances et moins	9,45 \$	9,62 \$
		- plus de 48 500 ordonnances.....	8,83 \$	8,98 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.3.2 sous l'onglet Communication interactive.		
6	d)	pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 et au sous-paragraphe e) de la règle 19		
		- 48 500 ordonnances et moins	4,92 \$	5,01 \$
		- plus de 48 500 ordonnances.....	4,61 \$	4,69 \$

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
	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	4,72 \$	4,80 \$
		- plus de 48 500 ordonnances.....	4,43 \$	4,51 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.31 sous l'onglet Communication interactive.		
E	2	Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
		- 48 500 ordonnances et moins	7,31 \$	7,44 \$
		- plus de 48 500 ordonnances.....	6,30 \$	6,41 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.32 sous l'onglet Communication interactive.		
1	3	Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	9,45 \$	9,62 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.4 sous l'onglet Communication interactive.		
		Ordonnance falsifiée		
		Allergie antérieure au médicament prescrit		
		Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit		
		Interaction cliniquement significative		
		Intolérance antérieure au produit prescrit		
		Choix de produit irrationnel		
		Dose dangereusement élevée		
		Dose sous-thérapeutique		
		Durée de traitement irrationnelle		
		Produit inefficace dans l'indication visée		
		Quantité prescrite irrationnelle		
		Surconsommation		
		Duplication de traitement		
3	4)	Opinion pharmaceutique	20,88 \$	21,25 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.5 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		

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
		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	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
		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	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
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 ...	20,88 \$	21,25 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.5 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	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
2	6	Transmission d'un profil	9,45 \$	9,62 \$
		<i>AVIS</i> : Voir la section 2.2.4.28 sous l'onglet Communication interactive.		
J	7	Traitement de substitution aux opioïdes		
		Avec supervision		
		- 48 500 ordonnances et moins	15,04 \$	15,30 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	13,99 \$	14,23 \$
		Teneurs différentes de suboxone		
		- 48 500 ordonnances et moins	9,86 \$	10,03 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	9,22 \$	9,38 \$
		Médicament délivrés sans honoraires	0,00 \$	0,00 \$
		<i>AVIS</i> : Voir la section 2.2.4.33 sous l'onglet Communication interactive.		
M	8	Préparation magistrale non stérile, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
		- Catégorie M1	17,66 \$	17,97 \$
		- Catégorie M2	22,86 \$	22,26 \$
		- Catégorie M3	43,63 \$	44,39 \$
FE	9	Service d'administration d'un médicament	19,01 \$	19,34 \$
A	10	Service sur appel	30,37 \$	30,90 \$
		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 grâces, 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.		

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
		AVIS : Voir la section 2.2.4.6 sous l'onglet Communication interactive.		
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	17,97 \$	18,28 \$
		le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III	(4,49 \$)	(4,57 \$)
		AVIS : Voir la section 2.2.4.8 sous l'onglet Communication interactive.		
CS	12)	Considération spéciale (C.S.) (appel au Centre de relations avec les professionnels 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 préremplies	2,91 \$	2,96 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.2.4 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	9,86 \$	10,03 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	9,22 \$	9,38 \$
	b)	pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu		
		- 48 500 ordonnances et moins	9,45 \$	9,62 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	8,83 \$	8,98 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.7 sous l'onglet Communication interactive.		

Code de service	Point	Types et volumes de service	Tarifs 2020-2021		Tarifs 2020-2021	
			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)	14,77 \$	12,81 \$	15,03 \$	13,03 \$
		Sacs suivants (b)	6,88 \$	6,88 \$	7,00 \$	7,00 \$
		- Sac pour pompe				
		Premier sac (c)	19,72 \$	14,77 \$	20,07 \$	15,03 \$
		Sacs suivants (d)	9,86 \$	7,90 \$	10,03 \$	8,04 \$
		- Cassettes 50 ml				
		Première cassette (e)	14,77 \$	12,81 \$	15,03 \$	13,03 \$
		Cassettes suivantes (f)	6,88 \$	6,88 \$	7,00 \$	7,00 \$
		- Cassettes 100 ml				
		Première cassette (g)	19,72 \$	16,73 \$	20,07 \$	17,02 \$
		Cassettes suivantes (h)	11,82 \$	10,84 \$	12,03 \$	11,03 \$
		- Perfuseurs élastomériques				
		Premier perfuseur (i)	19,72 \$	14,12 \$	20,07 \$	14,37 \$
		Perfuseurs suivants (j)	15,74 \$	11,47 \$	16,02 \$	11,67 \$
		- Seringues				
		Première seringue (k)	6,88 \$	5,91 \$	7,00 \$	6,01 \$
		Seringues suivantes (l)	2,96 \$	2,96 \$	3,01 \$	3,01 \$

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
R	b)	Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
		- 48 500 ordonnances et moins.....	9,45 \$	9,62 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	8,83 \$	8,98 \$
		Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées.....	16,73 \$	17,02 \$
		AVIS : Voir la section 2.2.4.24 sous l'onglet Communication interactive.		
RA	16	Substitution thérapeutique d'un médicament	16,88 \$	17,18 \$
AD	17	Modification d'une thérapie médicamenteuse	20,88 \$	21,25 \$
I	18	Mise en seringue d'insuline		
		Moins de 17 seringues.....	11,00 \$	11,19 \$
		si c'est un mélange d'insulines, ajouter :.....	2,91 \$	2,96 \$
		17 seringues et plus :		
		nombre de seringues multiplié par :.....	0,67 \$	0,68 \$
		si c'est un mélange d'insulines, ajouter :.....	2,91 \$	2,96 \$
PH	19	Prise en charge après une hospitalisation	Non en vigueur	
			25,97 \$	26,42 \$
		AVIS : Le service devrait être actif en automne 2019 et de se fier à l'infolettre.		
X	20	Fourniture de chambre d'espacement		
		- 48 500 ordonnances et moins.....	9,45 \$	9,62 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	8,83 \$	8,98 \$
Y		Fourniture de masque	0,00 \$	0,00 \$
		La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espacement.		
		AVIS : Voir la section 2.2.4.2.1 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels		
5	21	Demande de dérogation		
		Nombre de services multiplié par.....	1,20 \$	1,22 \$

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
V	22)		
	A)	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament (type A).	16,88 \$	17,18 \$
	B)	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de l'herpès zoster ou de l'influenza (type C).	20,88 \$	21,25 \$
K	23	Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
		- 48 500 ordonnances et moins.....	9,45 \$	9,62 \$
		- plus de 48 500 ordonnances	8,83 \$	8,98 \$
Q	24	Mise en seringue de chlorure de sodium		
		Première unité	5,91 \$	6,01 \$
		Unités suivantes	2,96 \$	3,01 \$
	25		
V	A)	Amorce d'une thérapie médicamenteuse (type B)	16,88 \$	17,18 \$
4	B)	Amorce d'une thérapie médicamenteuse pour la contraception orale d'urgence	19,01 \$	19,34 \$
W	26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique))		
		- rencontre initiale (a)	16,35 \$	16,64 \$
		- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus (a).....	20,58 \$	20,94 \$
		- montant forfaitaire annuel (b)	42,21 \$	42,95 \$
			en deux versements	en deux versements
		- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) (b).....	21,10 \$	21,47 \$
			en trois versements	en trois versements
W	27)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulino-dépendant)		
		- rencontre initiale (a)	16,35 \$	16,64 \$
		- rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus (a).....	20,58 \$	20,94 \$
		- montant forfaitaire annuel (c)	52,76 \$	53,68 \$
			en trois	en trois

Code de service	Point	Types et volumes de services	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
			versements	versements
		- montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel) (c)	26,38 \$	26,84 \$
			en trois versements	en trois versements
W	28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)		
		- rencontre initiale.....	19,52 \$	19,86 \$
		- montant forfaitaire mensuel.....	16,88 \$	17,18 \$
Z	29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation		
		- Tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée	13,19 \$	13,42 \$
SP	30	Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs	Non en vigueur	
		- Montant forfaitaire par semaine	31,16 \$	31,71 \$
DC	31	Service de demande de consultation	41,77 \$	
IU		Service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence	19,01 \$	19,34 \$
VA		Service d'administration d'un vaccin du PIQ		
		- Type A : Pharmacien	11,40 \$	11,60 \$
		- Type B : Infirmière/infirmière auxiliaire	9,40 \$	9,56 \$
		- Type C : Pharmacien – pandémie	16,90 \$	Fin 31 mars 2021
		- Type D : Infirmière/infirmière auxiliaire – pandémie	13,78 \$	Fin 31 mars 2021

7.2 Codes de services administratifs

Code de service	TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES	Tarifs 2020-2021	Tarifs 2021-2022
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	6,05 \$	6,16 \$
EN	Prestation du service d'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la Naloxone à l'utilisateur ou à la tierce personne	19,01 \$	19,34 \$
CP	Consultation pharmaceutique dans le cadre spécifique du programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'IVG médicamenteuse	19,31 \$	19,65 \$

8 NOUS JOINDRE

Consultez la page [Nous joindre](#) du site Web de la RAMQ.