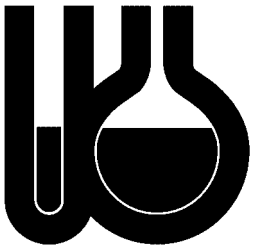


MANUEL
DES PHARMACIENS

(n^{o} 260)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication
Service des relations avec la clientèle

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN : 978-2-550-50022-3

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 29

JUILLET 2007

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

- **TITRE**
  - Insertion d'une page titre qui contient le code ISBN au verso
    Pages : 1 et 2

- **INTRODUCTION**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1 à 4

- **TABLE DES MATIÈRES**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1 à 3

- **PERSONNES ASSURÉES**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1, 9 et 10
  - Nouveaux modèles de cartes d'assurance maladie
    Pages : 2 et 3
  - Nouveau Carnet de réclamation
    Page : 4
  - Nouvelle Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments
    Page : 5
  - Modifications des montants pour correspondre aux nouveaux tarifs en vigueur le 1er juillet 2007
    Pages : 11 à 13
  - Modifications à la liste des Centres locaux d'emploi
    Pages : 14 à 21

- **COMMUNICATION INTERACTIVE**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1, 5, 6, 14 à 17, 19, 28 à 31, 33, 35, 38 à 42, 50, 51, 58, 59
  - Modifications aux principes à respecter
    Pages : 12, 13, 18, 20 à 27, 34, 37, 47 à 49
  - Changement et ajout de codes de service et/ou d'intervention
    Pages : 7 à 11
  - Modification des dates de renouvellement
    Page : 36
  - Modification des tarifs
    Page : 43
  - Modification de l'exemple afin de respecter les montants en vigueur à partir du 1er avril 2007
    Pages : 44 à 46
  - Nouvelle section 2.3.4.31 Transmission d'un profil
    Page : 52
  - Nouvelle section 2.3.4.32 Transmission à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive
    Page : 53
  - Nouvelle section 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25
    Page : 54
  - Nouvelle section 2.3.4.34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique
    Page : 55
  - Modification de la section 2.3.5.1 Médicament d'exception et patient d'exception
    Pages : 56 et 57
  - Modification des mesures dans le tableau des messages d'erreur
    Pages : 65, 69 à 71, 73, 75, 76, 78 à 83

- **DEMANDE DE REMBOURSEMENT**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1 à 3

- **PAIEMENT**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1 et 3

- **ENTENTE**
  - Modifications d'ordre administratif
    Pages : 1 à 3
  - Modifications dans les articles
    Pages : 4, 5, 8 et 9
  - Modifications dans les annexes II, II, VI, VII et VIII
    Pages : 10 à 25
  - Les lettres d'ententes n° 2, 3, 4, 5 et 6 sont abrogées
  - Introduction des lettres d'ententes n° 1, 2, 3 et 4
    Pages : 26 et 27

- **AUTRES PROGRAMMES**
  - Modifications d'ordre administratif

    Pages : 2, 4 et 6

- **TARIF**
  - Modification des tarifs au 1er avril 2007

    Pages : 1 à 9

- **MANUELS ET FORMULAIRES**
  - Modifications d'ordre administratif

    Pages : 1 et 2

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 059b/2005-09-16, 087/2005-12-07, 032/2006-06-15, 037/2006-06-22, 072/2006-10-06, 148/2007-03-30, 011/2007-04-18 et 042/2007-06-20.*

LÉGENDE

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

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service des relations avec la clientèle

Régie de l'assurance maladie Québec

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les pharmaciens sur les modalités d'application du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À cet égard, il contient notamment le texte de l'Entente 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 les services professionnels et pharmaceutiques. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot *AVIS*.

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 manuel étant un document publié pour les 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* » et aux ententes particulières lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement ou une entente.

La Régie remet sur demande à chaque nouveau pharmacien visé par l'Entente et travaillant dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, outre ce manuel, un approvisionnement en formulaires de demandes de remboursement renouvelable sur demande ainsi que diverses publications relatives au régime d'assurance maladie.

Lorsqu'un texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (voir la signification des références au verso de la présente page).

Les pharmaciens et leur personnel sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la transmission des demandes de paiement par communication interactive.

Par ailleurs, la Régie met à la disposition des pharmaciens les services d' un centre de support où des préposés aux renseignements les informent sur leur Entente, la communication interactive et les procédures administratives afférentes au régime public d'assurance médicaments (Voir aussi « Où appeler en cas de besoin? » aux pages 3 et 4).

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :
- http://www.ramq.gouv.qc.ca

Par courrier électronique :
- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par télécopieur :
- Québec : 418 528-5655
- Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 (sans frais)

Par téléphone :
- Québec et région : 418 643-9025
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427

Par la poste :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre de contacts des professionnels et admissibilité
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = **mise à jour**

XX = **numéro séquentiel** de la mise à jour papier

MMMM 20AA = **mois** et **année** de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** *indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);*
- **00** *indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.*
- **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'entente.
  - Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé.
  - L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

OÙ APPELER EN CAS DE BESOIN ?

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
1. Ordinateur - imprimante - modem - logiciels (en pharmacie)	
L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur : • leur fonctionnement; • leur utilisation; • les modifications à y apporter; • une communication qui ne peut être établie avec la Régie, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent.	**Suivre les instructions de votre fournisseur.**
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif	
Contribution • pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance - franchise - plafond). **Demande de remboursement** • pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée. **Divers problèmes de communication interactive** • pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc). **Entente** • pour des explications sur l'Entente. **États de compte** • pour des données sur les états de compte. **Expertise pharmaceutique** • pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique). **Inscription** • pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments. **Médicaments ou patients d'exception ou Prestataire d'assistance-emploi** • pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la « Mesure du patient d'exception » ou à un prestataire d'assistance-emploi (PAE) soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments.	Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens # en composant : # • Québec et région : 418 643-9025 • Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR) Des préposés répondent de : **8 h à 18 h, du lundi au vendredi** En dehors de ces périodes, un système de boîte vocale enregistre les messages et un préposé rappelle dès l'ouverture du Centre.

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)	
Message d'erreur • pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la Régie. **Numéro d'assurance maladie (NAM)** • 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	
• Commande de formulaires ou de publications (voir sous l'onglet « Manuels et formulaires »). • Demande d'état de compte. • Demande de remplacement de chèque. • Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la Régie.	Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens # en composant : # • Québec et région : 418 643-9025 • Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)
4. Consultation ou transmission de document	
• Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens. • Consultation dans Internet des publications et des communiqués de la Régie.	• Numéros du télécopieur : # Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 (sans frais) • Adresse du courrier électronique : **services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca** • Adresse Internet : **http://www.ramq.gouv.qc.ca**

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION **1**

1. PERSONNES ASSURÉES **1**

1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ **1**
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie **1**
1.1.1.1 Modèles de carte. **2**
1.1.2 Description du carnet de réclamation **4**
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments **5**

1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES. **6**
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie **6**
1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides. **6**
1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments **7**
1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments **7**
1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide **7**
1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base **7**
1.2.1.2-B Personnes âgées de moins de 65 ans non tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux. **7**
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS **7**
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose **7**
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés **8**
1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. . . **8**

1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE **8**
1.3.1 Prestataires d'un programme d'assistance-emploi et autres détenteurs d'un carnet de réclamation. . **8**
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments **10**

TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRES DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC **11**

#1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE **12**
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée. **12**
1.4.1.1 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est divisible **12**
1.4.1.2 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible. **13**

#1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION **14**

2. COMMUNICATION INTERACTIVE. **1**

2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS **1**

2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE **3**
2.2.1 Étapes **3**
2.2.2 Transactions offertes **4**

Page

2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN 5
2.3.1 Introduction 5
2.3.2 Délai de facturation 5
2.3.2.1 Facturation 5
2.3.2.2 Correction de la facturation 5
2.3.3 Données de facturation - cas régulier 5
2.3.3.1 Identification de la personne 6
2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel 7
2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers 12
2.3.4.1 Médicament magistral 12
2.3.4.2 Fournitures 14
2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement 14
2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables 15
2.3.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant 16
2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement 17
2.3.4.5 Opinion pharmaceutique 18
2.3.4.6 Service sur appel 19
2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie 20
2.3.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier 21
2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement 22
2.3.4.10 Préparation de capsules placebo 23
2.3.4.11 Préparation de capsules 25
2.3.4.12 Préparation de sachets 26
2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline 27
2.3.4.14 Pilule du lendemain 28
2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS 30
2.3.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose 32
2.3.4.17 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle 34
2.3.4.18 Pharmacien désigné contacté ou non-contacté 35
2.3.4.19 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif et/ou anticipé) 36
2.3.4.20 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité 39
2.3.4.21 Dépassement de la quantité maximale journalière 40
2.3.4.22 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 $ 41
2.3.4.23 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) 42
2.3.4.24 Thérapie parentérale 43
2.3.4.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium 45
2.3.4.26 Préparation de solution ophtalmique 46
2.3.4.27 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence 47
2.3.4.28 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . 48
2.3.4.29 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . 49
2.3.4 30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente 51
2.3.4 31 Transmission d'un profil 52
2.3.4 32 Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - incription rétroactive 53
2.3.4 33 Pilulier selon la règle 25 54
2.3.4 34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique 55
2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie 56
2.3.5.1 Médicament d'exception 56
2.3.5.2 Mesure du patient d'exception 57
2.3.5.3 Considération spéciale 58
2.3.5.4 Modalités différent es du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée 59
2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement 60

#2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN 61

#2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER 62

#2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER 63

#2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE 64

Page

#2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE **65**

3. DEMANDE DE REMBOURSEMENT **1**

3.1 GUIDE DE RÉDACTION DE LA PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN **1**
3.1.1 Généralités **1**
3.1.2 Formulaire « DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE » (n° 3621) **2**

4. PAIEMENT **1**

4.1 MODE DE PAIEMENT **1**

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT **1**

4.3 ÉTAT DE COMPTE **2**
4.3.1 Description **3**
4.3.1.1 Renseignements généraux **3**
4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction **3**
4.3.1.3 Sommaire **4**
4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée **4**
4.3.2 Vérification des paiements **4**
4.3.3 Règlement des demandes de paiement **4**
4.3.3.1 Demande de paiement autorisée **4**
4.3.3.2 Demande de paiement annulée **4**
4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée **4**
4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation **4**
4.3.3.5 Délai pour demander une révision **4**
4.3.4 Codes de transactions **5**

5. ENTENTE **1**
(Voir la table des matières spécifique à cette partie)

6. AUTRES PROGRAMMES **1**

6.1 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MTS **1**

6.2 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE . . . **3**

6.3 MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS **5**

6.4 PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT **7**

6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE **9**

6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES **11**

7. TARIF **1**

8. MANUELS ET FORMULAIRES **1**

1. PERSONNES ASSURÉES

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

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

- service pharmaceutique couvert par la CSST?

- 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?

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

Si non, passer à B).

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

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

Si non, passer à C).

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

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

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

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

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

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

Si non, voir la section 1.3.2-2)

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

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

1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

1.1.1.1 Modèles de carte

A) **AVEC photo** et **signature**

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

B) **SANS photo** et **SANS signature**

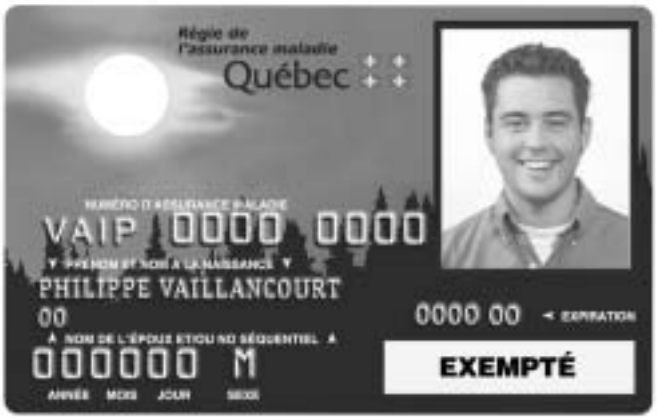
Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

C) **SANS photo**, **AVEC signature**

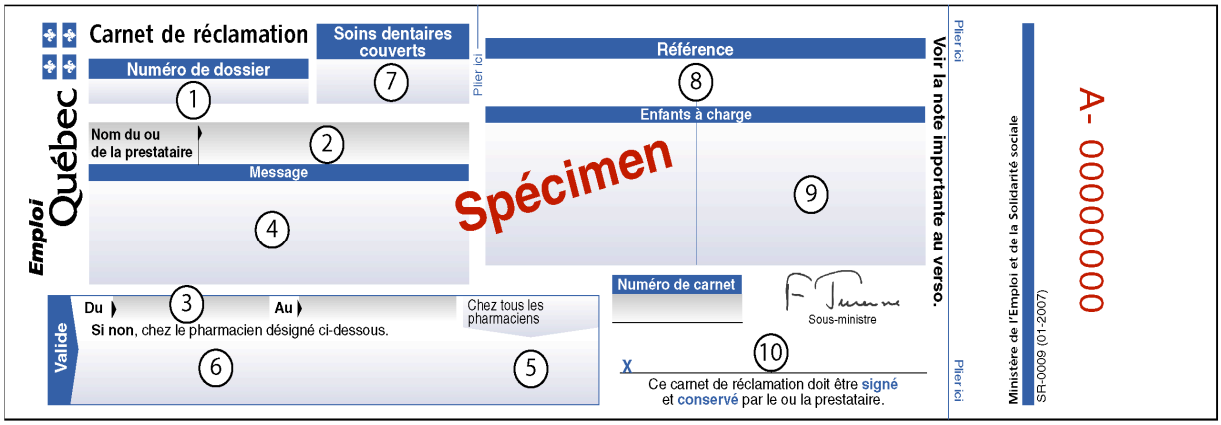
Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

D) **AVEC photo**, **SANS signature**



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

1.1.2 Description du carnet de réclamation



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

A) Volet de gauche :

1. Numéro d'admissibilité (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 la mention « carte assurance maladie requise », « gratuité des médicaments », etc.;
5. Chez tous les pharmaciens

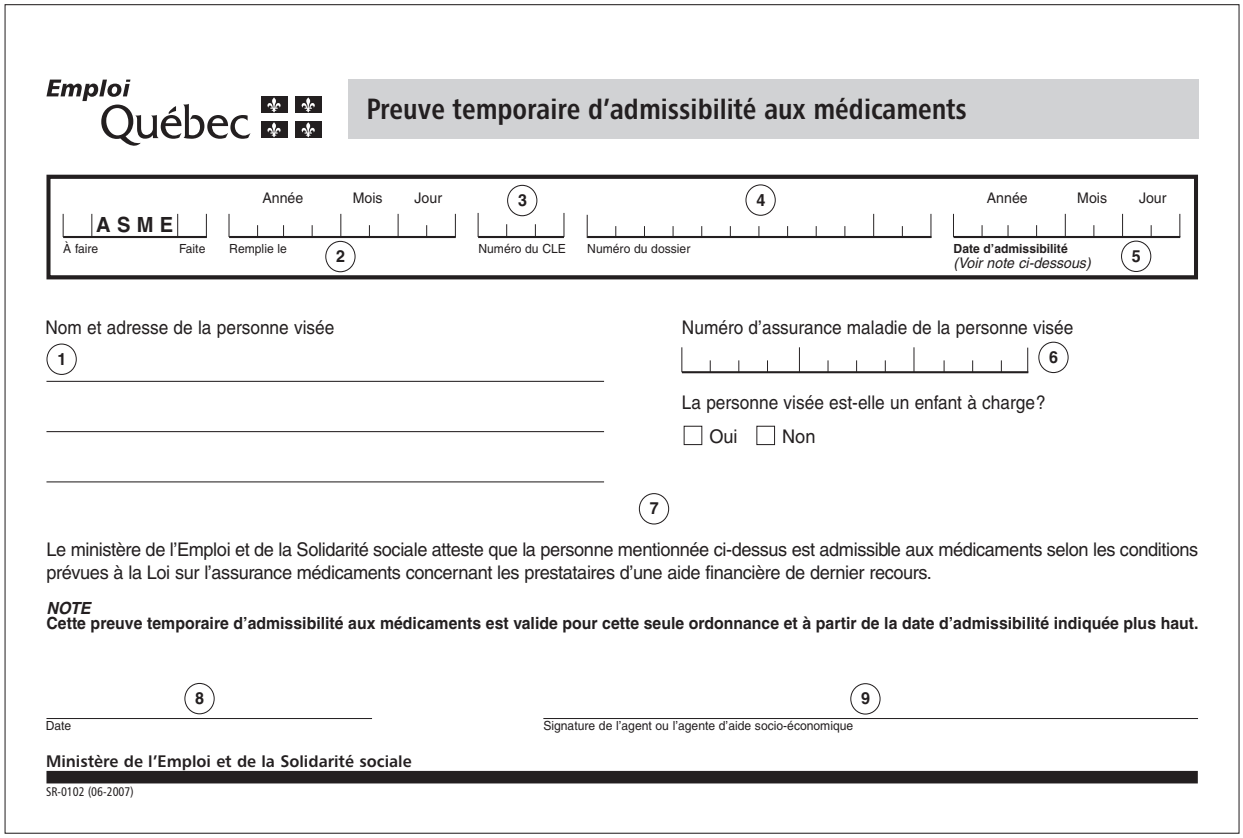
   (**oui** = n'importe quel pharmacien; services pouvant être rendus par tous les pharmaciens)

   (**non** = pharmacien désigné seulement; services rendus seulement par le pharmacien désigné);
6. Pharmacien désigné = nom et adresse du pharmacien désigné;
7. Soins dentaires couverts = Case spécifique aux services dentaires.

B) Volet de droite :

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

1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments



Emploi Québec

Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

A S M E — À faire / Faite

Remplie le (Année / Mois / Jour) (2)

Numéro du CLE (3)

Numéro du dossier (4)

Date d'admissibilité *(Voir note ci-dessous)* (Année / Mois / Jour) (5)

Nom et adresse de la personne visée (1)

Numéro d'assurance maladie de la personne visée (6)

La personne visée est-elle un enfant à charge?

☐ Oui ☐ Non

(7)

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

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

(8) Date

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

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0102 (06-2007)

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

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

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

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

1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES

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

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

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

Un tableau indiquant le montant de la franchise mensuelle, la coassurance et la contribution maximale mensuelle pour les différentes catégories de personnes assurées est présenté à la page 11 du présent onglet.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la case « oui » de la mention « contraintes sévères à l'emploi » est cochée, la personne est exemptée de toute contribution.

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

1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments

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

\# **Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet « Autres programmes », section 6.3 pour l'entente particulière et sous l'onglet « Communication interactive », section 2.3.4.17 pour les instructions de facturation.

1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide

1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base

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

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

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

Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\# **Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet « Autres programmes », section 6.5 pour l'entente particulière et sous l'onglet « Communication interactive », section 2.3.4.27 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 valides est obligatoire.** Son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet ou de la preuve présentés, selon les indications énumérées à la section 1.3.1.

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

\# S'il s'agit d'un bénéficiaire du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose ou d'un bénéficiaire du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet de réclamation, de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments ou de la carte d'assurance maladie valides. (voir les sections 2.3.4.15, 2.3.4.16 et 2.3.4.27 sous l'onglet « Communication interactive »).

1.3.1 Prestataires d'un programme d'assistance-emploi et autres détenteurs d'un carnet de réclamation

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

1) LE DÉTENTEUR PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

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

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

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

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

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

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

2) LE DÉTENTEUR DU CARNET DE RÉCLAMATION EST VISÉ PAR LE MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS :

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

Pour agir à titre de pharmacien désigné, le pharmacien reçoit une rémunération mensuelle de 20 $ pour le mois ou la partie de mois, et ce, pour chaque détenteur de carnet soumis au mécanisme de surveillance (Pour les instructions de facturation de la rémunération mensuelle, voir la section 2.3.4.17 sous l'onglet « Communication interactive »).

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

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

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

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

Après s'être assuré de la validité de la preuve à la date de service, le pharmacien **remplit une demande de paiement, à partir des renseignements inscrits sur le document présenté, indique le code d'intervention ou d'exception correspondant à la situation et transmet la demande par communication interactive** (voir la section 2.3.4.23 sous l'onglet « Communication interactive » pour connaître les renseignements à fournir dans ce cas).

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

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

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

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

valeur

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

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

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

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

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

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

d) Dans tous les autres cas

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

1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments

1) LA PERSONNE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) sans numéro d'assurance maladie

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

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

valeur

- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an; 2
- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;
- le prénom du nouveau-né;
- la date de naissance du nouveau-né (AAAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

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

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

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

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

d) Dans tous les autres cas

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

TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Catégories de personnes	Franchise mensuelle (à partir du 01/07/2007)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2007)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2007)	Prime[1] à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2007)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans	0 $	0 $	0 $	0 $
Personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle avant 18 ans et sans prestation	0 $	0 $	0 $	0 $
Prestataires[2] avec contraintes sévères à l'emploi	0 $	0 $	0 $	0 $
# Prestataires[2] sans contrainte ou avec contraintes temporaires à l'emploi	0 $	0 $	0 $	0 $
Personnes âgées recevant le maximum du SRG[3]	0 $	0 $	0 $	0 $
# Personnes âgées recevant au moins 94 % du SRG[3] maximal	0 $	0 $	0 $	0 $
# Personnes âgées recevant moins de 94 % du SRG[3] maximal (SRG partiel)	14,10 $	30 %	48,27 $ / mois 579 $ / année	0 à 557 $ par personne
# Personnes âgées ne recevant pas de SRG[3]	14,10 $	30 %	75,33 $ / mois 904 $ / année	0 à 557 $ par personne
# Adhérents adultes	14,10 $	30 %	75,33 $ / mois 904 $ / année	0 à 557 $ par personne

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

2 Prestataires de l'assistance emploi

3 SRG : Supplément de revenu garanti

1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

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

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

Lorsque la personne assurée renouvelle une ordonnance par anticipation, si la date prévue de son renouvellement se trouve dans le mois suivant, elle doit payer la franchise et la coassurance du mois suivant. La contribution sera établie comme si le renouvellement avait eu lieu le mois suivant (pour les détails de la méthode de calcul de la date prévue de renouvellement et de la notion du renouvellement anticipé, se référer à l'onglet « Communication interactive », point 2.3.4.19).

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

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

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

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

Exemple :

Personne de plus de 65 ans sans SRG (Contribution maximale mensuelle : 75,33 $)

1er service à vie pour un médicament prescrit pour 90 jours

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

Mois du service : février

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

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

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

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

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

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

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

c) Détermination de la contribution totale à payer pour les 3 périodes visées par l'ordonnance (franchise mensuelle de 14,10 $ et coassurance de 30 %) à partir de coût du traitement de chaque période :

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 $	14,10 $	11,27 $	25,37 $
#	Mars	51,67 $	14,10$	11,27 $	25,37$
#	Avril	46,66 $	14,10$	9,77 $	23,87 $
#		**Contribution totale à percevoir**			**74,61 $**

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

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

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

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

1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION

SOMMAIRE

N^{O} de la région		*Page*
01.	Bas-Saint-Laurent	**15**
02.	Saguenay-Lac-St-Jean	**15**
03.	Capitale-Nationale	**15**
04.	Mauricie	**16**
05.	Estrie	**16**
#**06.**	Montréal	**16**
07.	Outaouais	**17**
08.	Abitibi-Témiscamingue	**18**
09.	Côte-Nord	**18**
10.	Nord-du-Québec	**18**
11.	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	**19**
12.	Chaudière-Appalaches	**19**
13.	Laval	**19**
14.	Lanaudière	**20**
15.	Laurentides	**20**
16.	Montérégie	**20**
17.	Centre-du-Québec	**21**

01. RÉGION DU BAS-ST-LAURENT

DIRECTION RÉGIONALE

Bas-Saint-Laurent
350, boulevard Arthur-Buies Ouest
Rimouski QC G5L 5C7
Tél. : 418 723-5677

CENTRES LOCAUX

Amqui
49, boulevard St-Benoît Est
Amqui QC G5J 2B8
#Tél. : 418 629-2225 (frais virés acceptés)

Cabano
4, rue de la Gare
Cabano QC G0L 1E0
#Tél. : 418 854-2544 ou 1 800 463-4709

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

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

Mont-Joli
42, rue Doucet, 1er étage
Mont-Joli QC G5H 1R4
Tél. : 418 775-7246

Rimouski-Neigette
337, rue Moreault
1er étage
Rimouski QC G5L 1P4
#Tél. : 418 727-3661 ou 1 800 463-0728

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

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

02. RÉGION DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

DIRECTION RÉGIONALE

Saguenay-Lac St-Jean
#210, rue des Oblats Ouest
Chicoutimi QC G7J 2B1
#Tél. : 418 549-0595 ou 1 800 549-1403

CENTRES LOCAUX

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

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

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

Lac-Saint-Jean-Est
725, rue Harvey Ouest, 2e étage
Alma QC G8B 1P5
#Tél. : 418 668-5281 ou 1 800 668-5281

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

Roberval
755, boulevard St-Joseph, 1er étage
bureau 213
Roberval QC G8H 2L4
#Tél. : 418 275-5442 ou 1 800 275-4405

03. RÉGION CAPITALE-NATIONALE

DIRECTION RÉGIONALE

Capitale nationale
1010, rue Borne
Québec QC G1N 1L9
#Tél. : 418 687-3540 ou 1 800 553-4275

CENTRES LOCAUX

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

Beauport
773, av. Royale, 1er étage
Beauport QC G1E 1Z1
#Tél. : 418 646-3350 ou 1 800 839-7876

Charlesbourg
8000, boulevard Henri-Bourassa, 2e étage
#Québec QC G1G 4C7
#Tél. : 418 644-1266

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

Des Quartiers-Historiques
400, boulevard Jean-Lesage, Hall Ouest
Bureau 40
Québec QC G1K 8W1
Tél. : 418 643-3300

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

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

Quartiers-Historiques
400, boulevard Jean-Lesage, Hall ouest
bureau 400
Québec QC G1K 8W1
Tél. : 418 643-3300

Sainte-Foy
1020, route de l'Église, 4e étage
Sainte-Foy QC G1V 5A7
Tél. : 418 646-8066

04. RÉGION DE LA MAURICIE

DIRECTION RÉGIONALE

Mauricie
225, rue des Forges
#5e étage
Trois-Rivières QC G9A 5Z5
#Tél. : 819 371-6522 ou 1 800 567-7959

CENTRE LOCAUX

Cap-de-la-Madeleine
#165, boulevard Sainte-Madeleine
#bureau 4
Cap-de-la-Madeleine QC G8T 3L7
#Tél. : 819 371-6031 ou 1 800 263-0214

Grand-Mère
#401, 5e Avenue
#bureau 01
Grand-Mère QC G9T 2M3
#Tél. : 819 538-0762 ou 1 800 263-9829

La Tuque
655, rue Desbiens
La Tuque QC G9X 4G9
#Tél. : 819 523-9541 ou 1 800 567-4449

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

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

Sainte-Thècle
301, rue St-Jacques
Bureau 101
Sainte-Thècle QC G0X 3G0
#Tél. : 819 289-2405 ou 1 800 314-8152

Shawinigan
212, 6e Rue, bureau 1.17
Shawinigan QC G9N 8M5
#Tél. : 819 536-2601 ou 1 800 663-3059

Trois-Rivières
#225, rue des Forges,
#Bureau 101
Trois-Rivières QC G9A 6N4
Tél. : 819 371-6880 ou 1 800 668-6538

05. RÉGION DE L'ESTRIE

DIRECTION RÉGIONALE

Estrie
#891, rue Bowen Sud
Sherbrooke QC J1G 2G3
#Tél. : 819 569-9761 ou 1 866 283-1114

CENTRES LOCAUX

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

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

East Angus
120, rue Angus Nord
East Angus QC J0B 1R0
#Tél. : 819 832-2403 ou 1 800 363-1539

Lac-Mégantic
5527, rue Frontenac
Bureau 111
Lac Mégantic QC G6B 1H6
#Tél. : (819) 583-1500 ou 1 800 567-0632

Magog
1700, rue Sherbrooke
Bureau 235A
Magog QC J1X 5B4
#Tél. : 819 843-6588 ou 1 800 363-4531

Sherbrooke-Est
1235, rue King Est
Sherbrooke QC J1G 1E6
#Tél. : 819 820-3680 ou 1 800 567-8423

Sherbrooke-Ouest
2130, rue King Ouest
Sherbrooke QC J1J 4P2
#Tél. : 819 820-3411 ou 1 800 268-3411

Windsor
3, rue Saint-Georges
Windsor QC J1S 1J2
#Tél. : 819 845-2717 ou 1 800 563-9127

06. RÉGION DE MONTRÉAL

DIRECTION RÉGIONALE

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

CENTRES LOCAUX

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

Anjou-Montréal-Est
7077, rue Beaubien Est
Bureau 300
Anjou QC H1M 2Y2
Tél. : 514 864-6633

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

Crémazie
1415, rue Jarry Est
bureau 400
Montréal QC H2E 3B4
Tél. : 514 872-5050

Fleury
535, rue Fleury Est
Montréal QC H3L 1G6
#Tél. : 514 872-4949

Hochelaga-Maisonneuve
3890, rue Ste-Catherine Est, 2e étage
Montréal QC H1W 2G4
Tél. : 514 872-3100

Lachine
2740, rue Remembrance
bureau 70A, Galeries Lachine
Lachine QC H8S 1X8
Tél. : 514 634-2425

Lasalle
2212, rue Dollard, 2e étage
Lasalle QC H8N 1S6
Tél. : 514 365-4543

Mercier
6690, rue Sherbrooke Est
bureau 200
Montréal QC H1N 3W3
Tél. : 514 872-3100

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

Notre-Dame-de-Grâce
3285, boulevard Cavendish
2e étage
Montréal QC H4B 2L9

Ouest-de-l'île
1000, boulevard Saint-Jean
#bureau 400
Pointe-Claire QC H9R 5Y8
Tél. : 514 694-9494

Parc Extension
7077, avenue du Parc
bureau 101
Montréal QC H3N 1X7
Tél. : 514 872-5050

Plateau Mont-Royal
5105, avenue de Gaspé, 3e étage
Montréal QC H2T 0A1
Tél. : 514 872-4922

Pointe-aux-Trembles
13301, rue Sherbrooke Est
bureau 100
#Montréal QC H1A 1C2
Tél. : 514 872-7524

Pointe Saint-Charles
2175, rue Saint-Patrick, 3e étage
Montréal QC H3K 1B4
Tél. : 514 872-6426

Rivière-des-Prairies
#7355, rue René-Descartes
Montréal QC H1E 1K6
#Tél. : 514 321-5665

Rosemont-Petite-Patrie
#(bureau Avenue du Parc)
6700, avenue du Parc
bureau 100
Montréal QC H2V 4H9
#Tél. : 514 872-6550

Rosemont-Petite-Patrie
#(bureau Beaubien)
4994, rue Beaubien Est, 1er étage
Montréal QC H1T 1V4
#Tél. : 514 872-6550

Rosemont-Petite-Patrie
#(bureau Iberville)
5656, rue d'Iberville, R.C.
Montréal QC H2G 2B3
Tél. : 514 872-6550

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

Saint-Léonard
6020, rue Jean-Talon Est
bureau 500
Saint-Léonard QC H1S 3B1
Tél. : 514 864-6161

Sainte-Marie-Centre-Sud
1260, rue Sainte-Catherine Est
3e étage
Montréal QC H2L 2H2
Tél. : 514 872-4922

Saint-Michel
3750, boulevard Crémazie Est, 2e étage
Montréal QC H2A 1B6
Tél. : 514 872-5050

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

Ville-Émard
6620, boulevard Monk
Montréal QC H4E 3J1
Tél. : 514 872-6426

07. RÉGION DE L'OUTAOUAIS

DIRECTION RÉGIONALE

Outaouais
245, boulevard de la Cité-des-jeunes
#Gatineau QC J8Y 6L2
Tél. : 819 772-3035

CENTRES LOCAUX

Aylmer
420, boulevard Wilfrid-Lavigne
unité 6
Gatineau, secteur Aylmer QC J9H 6W7
Tél. : 819 682-0362

Buckingham
154, MacLaren Est
Gatineau, secteur Buckingham QC J8L 1K4
Tél. : 819 986-8596

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

Gatineau
456, boulevard de l'Hôpital
#bureau 300
Gatineau QC J8T 8P1
#Tél. : 819 568-6500 ou 1 800 349-2758

Hull
170, rue Hôtel-de-Ville, 9e étage
Gatineau, secteur Hull QC J8X 4C2
Tél. : 819 772-3502

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

Papineauville
365, rue Papineau
C.P. 380
Papineauville QC J0V 1R0
#Tél. : 819 427-6878 ou 1 877 639-0739

08. RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

DIRECTION RÉGIONALE

Abitibi-Témiscamingue
#180, boulevard Rideau, R.C.
#bureau 01
Rouyn-Noranda QC J9X 1N9
#Tél. : 819 763-3226 ou 1 877 225-4001

CENTRES LOCAUX

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

La Sarre
655, 2e rue Est
La Sarre QC J9Z 2Y9
#Tél. : 819 339-7901 (frais virés acceptés)

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

Senneterre
481, 7e Avenue Ouest
C.P. 818
Senneterre QC J0Y 2M0
#Tél. : 819 737-2258 ou 1 800 363-2258

Val-d'Or
186, avenue Perreault
Val-d'Or QC J9P 2H5
Tél. : 819 354-4842

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

09. RÉGION DE LA CÔTE-NORD

DIRECTION RÉGIONALE

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

CENTRES LOCAUX

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

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

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

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

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

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

10. RÉGION NORD-DU-QUÉBEC

DIRECTION RÉGIONALE

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

CENTRES LOCAUX

Baie James
#333, 3e Rue
Chibougamau QC G8P 1N4
#Tél. : 418 748-7643 ou 1 866 722-7354

Chisasibi
#C.P. 899
#Chisasibi QC J0M 1E0
#Tél. : 819 855-2894 ou 1 800 567-4385

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

Kuujjuaq
#C.P. 300
Kuujjuaq QC J0M 1C0
#Tél. : 819 964-2909 ou 1 877 964-2961

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

DIRECTION RÉGIONALE

Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine
#11, de la Cathédrale
Gaspé QC G4X 2W1
Tél. : 418 360-8008

CENTRES LOCAUX

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

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

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

Haute-Gaspésie
39, boulevard Sainte-Anne Ouest
Ste-Anne-des-Monts QC G4V1R2
#Tél. : 418 763-3391 ou 1 800 663-3595

Iles-de-la-Madeleine
120, Chemin Gros-Cap
Cap-aux-Meules QC G4T 1K8
Tél. : 418 986-4411

Rocher-Percé
101, rue Commerciale Ouest
#C.P. 190
Chandler QC G0C 1K0
#Tél. : 418 689-2201 ou 1 877 229-0540

12. RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

DIRECTION RÉGIONALE

Chaudière-Appalaches
5130, boulevard de la Rive-Sud
bureau 300
Lévis QC G6V 9L3
Tél. : 418 838-2605

CENTRE LOCAUX

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

Les Chutes-de-la-Chaudière
1100, boulevard de la Rive-Sud
bureau 210
Saint-Romuald QC G6W 5M6
#Tél. : 418 839-0717 ou 1 800 626-8055

Lévis
1200, boulevard Alphonse-Desjardins
bureau 200
C.P. 4000
Lévis QC G6V 9N2
#Tél. : 418 835-1500 ou 1 800 561-4380

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

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

Sainte-Croix
6331, rue Principale
Sainte-Croix QC G0S 2H0
#Tél. : 418 926-3580 ou 1 800 663-2127

Saint-Georges
11500, 1re Avenue
Saint-Georges QC G5Y 2C3
#Tél. : 418 228-9711 ou 1 800 463-3024

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

Saint-Lazare
#100, rue Mgr Bilodeau, 1er étage
Saint-Lazare QC G0R 3J0
#Tél. : 418 883-3307 ou 1 800 663-0351

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

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

13. RÉGION DE LAVAL

DIRECTION RÉGIONALE

Laval
#1085, boulevard des Laurentides
Laval QC H7G 2W2
Tél. : 450 972-3133

CENTRES LOCAUX

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

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

Sainte-Rose-de-Laval
205, boulevard Curé-Labelle, 2e étage
Laval QC H7L 2Z9
Tél. : 450 628-8066

Saint-Vincent-de-Paul
#3, place Laval
#bureau 430
Laval QC H7N 1A2
Tél. : 450 972-3082

14. RÉGION DE LANAUDIÈRE

DIRECTION RÉGIONALE

Lanaudière
40, rue Gauthier Sud
Bureau 2000
Joliette QC J6E 4J4
#Tél. : 450 752-6888 ou 1 877 465-1933

CENTRES LOCAUX

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

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

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

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

Saint-Jean-de-Matha
#231, rue principale
Saint-Jean-de-Matha QC J0K 2S0
#Tél. : 450 886-1826 ou 1 888 872-0048

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

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

15. RÉGION DES LAURENTIDES

DIRECTION RÉGIONALE

Laurentides
55, rue Castonguay, 2e étage
Saint-Jérôme QC J7Y 2H9
#Tél. : 450 569-7575 ou 1 800 561-2687

CENTRES LOCAUX

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

Mirabel-Saint-Janvier
13479, boulevard Curé-Labelle
bureau 205
Mirabel QC J7J 1H1
Tél. : 450 979-2313

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

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

Sainte-Agathe
26, boulevard Morin
#Sainte-Agathe-des-Monts QC J8C 2V6
#Tél. : 819 326-5861 ou 1 800 567-8334

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

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

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

16. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE

DIRECTION RÉGIONALE

Montérégie
#600, boulevard Casavant Est
Saint-Hyacinthe QC J2S 7T2
#Tél. : 450 773-7463 ou 1 866 740-2135

CENTRES LOCAUX

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

Boucherville
#135-H, de Mortagne
Boucherville QC J4B 6G4
Tél. : 450 655-5646

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

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

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

Contrecoeur
225, rue Dansereau
Contrecoeur QC J0L 1C0
Tél. : 450 587-5555

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

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

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

Le Haut-St-Laurent
2-D, rue Henderson
Huntingdon QC J0S 1H0
Tél. : 450 264-5323 ou 1 800 567-0220

Longueuil-Est
#900, boulevard Curé-Poirier Est
Longueuil QC J4J 5L9
Tél. : 450 647-1324

Longueuil-Ouest
790, boulevard Quinn
Longueuil QC J4H 2N5
Tél. : 450 677-5517

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

Saint-Constant
126, rue Saint-Pierre
Saint-Constant QC J5A 2P1
Tél. : 450 635-6221

Saint-Hubert
5245, boulevard Cousineau
bureau 300
St-Hubert QC J3Y 6J8
Tél. : 450 676-7952

Saint-Hyacinthe
3100, boulevard Laframboise
bureau 107
Saint-Hyacinthe QC J2S 4Z4
Tél. : 450 778-6589

Saint-Rémi
221, rue Sainte-Thérèse
St-Rémi QC J0L 2L0
#Tél. : 450 454-4054 ou 1 800 792-9616

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

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

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

17. RÉGION CENTRE-DU-QUÉBEC

DIRECTION RÉGIONALE

Centre-du-Québec
1680, boulevard Saint-Joseph, RC
bureau 07
Drummondville QC J2C 2G3
Tél. : 819 475-8701

CENTRES LOCAUX

Bécancour
3689, boulevard Bécancour, bureau 3
C.P. 8560
Bécancour QC G9H 4S4
#Tél. : 819 298-3000 ou 1 800 463-5273

Drummondville
#270, rue Lindsay
Drummondville QC J2B 1G3
#Tél. : 819 475-8731

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

Nicolet
2000, boulevard Louis-Fréchette, 2^{e}étage
Nicolet QC J3T 2A3
#Tél. : 819 293-4501 ou 1 800 663-6201

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

2. COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

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

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

2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

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

Pour accéder au Centre de support aux pharmaciens de la Régie, les pharmaciens peuvent utiliser :

- un appareil téléphonique standard en composant le numéro de téléphone du Centre de support aux pharmaciens.

Centre de support aux pharmaciens

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

De 8 h à 18 h, du lundi au vendredi, des préposés peuvent répondre à toutes les questions du pharmacien. (voir exemples de situations ci-dessous).

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

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

EXEMPLES DE SITUATIONS

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

Besoins
• Le pharmacien a besoin d'aide pour compléter une transaction ou • ne comprend pas qu'une transaction soit refusée ou • a besoin d'explication sur un message d'erreur signalé par le système interactif ou • a besoin de tout autre renseignement sur une transaction de communication interactive au moment de dispenser un médicament

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

Besoins
• Le pharmacien a besoin d'une expertise pharmaceutique pour une considération spéciale ou • expose un problème relatif à un cas de « patients/médicaments d'exception (PME) » ou de « prestataires d'assistance-emploi (PAE) » soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments.

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

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

C) Autres renseignements

Besoins
• Le pharmacien a besoin d'aide pour comprendre des données inscrites à l'état de compte ou • a besoin d'aide pour comprendre certains éléments de l'Entente ou • a besoin de renseignement pour remplir une « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 3621).

D) Formulaires, publications et autres

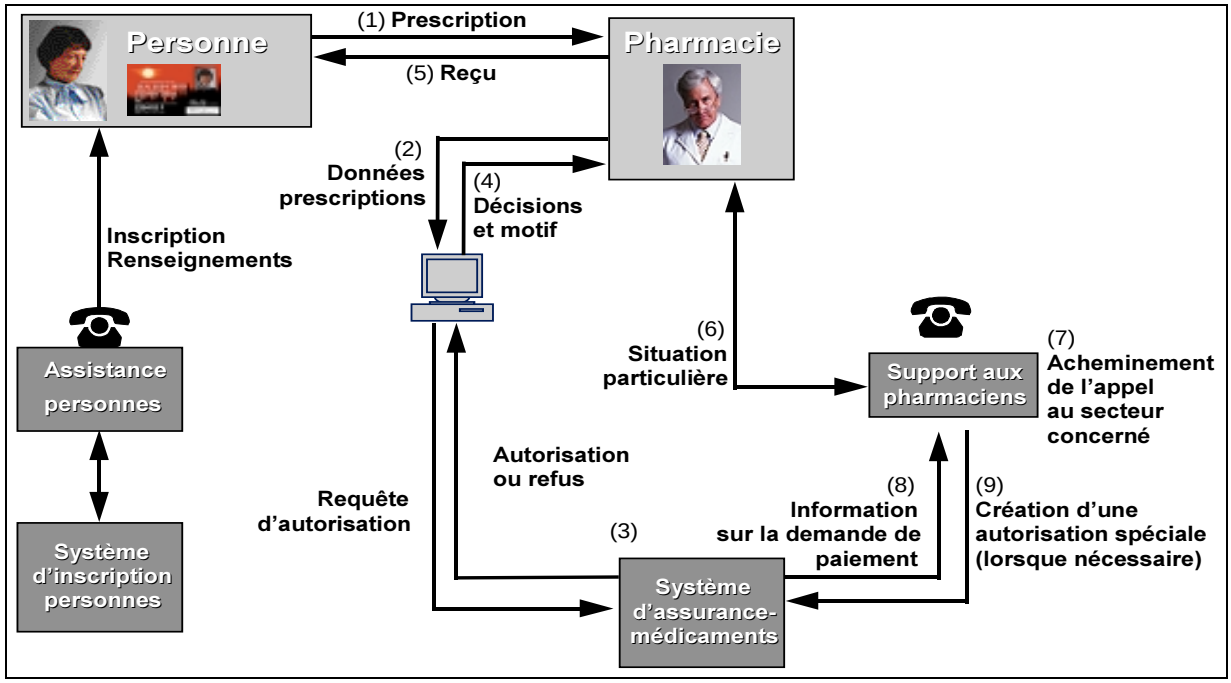
Besoins
• veut recevoir des états de compte ou de revenus • veut remplacer un chèque • veut commander des formulaires ou des publications relatives au régime d'assurance maladie ou au régime public d'assurance médicaments • veut faire un changement d'adresse

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

2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE

2.2.1 Étapes

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



(1) La personne assurée présente **son ordonnance** au pharmacien avec sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa preuve temporaire d'admissibilité valides.

(2) Le pharmacien inscrit à l'ordinateur les **données de l'ordonnance** nécessaires au traitement de la demande de paiement, qui est transmise en mode interactif à la Régie afin d'obtenir l'autorisation du paiement.

(3) Le **traitement Régie** permet de vérifier les modalités de paiement applicables. Les données reçues à la Régie 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 de médicaments*, etc.).

(4) Une fois toutes les vérifications terminées, la Régie 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 Régie), le pharmacien pourra prendre contact avec le personnel du Centre de support aux pharmaciens (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).

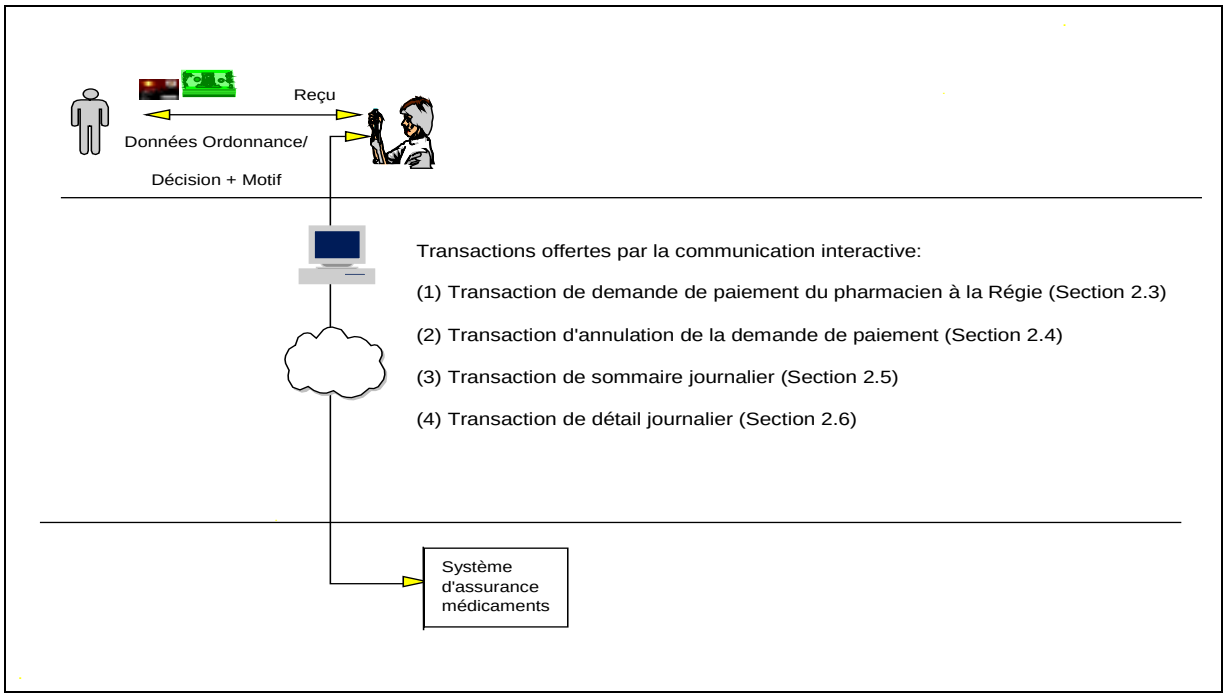
(7) Le Centre de support aux pharmaciens répond au pharmacien ou **achemine l'appel au secteur visé** (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).

(8) Pour répondre rapidement au pharmacien qui soumet un problème sur une transaction en cours, le Centre de support aux pharmaciens peut avoir accès à cette transaction au système d'assurance médicaments.

(9) Pour certaines situations complexes qui ne sont pas décrites dans le *Manuel des pharmaciens*, le Centre de support aux pharmaciens peut inscrire une **autorisation spéciale** en direct au système d'assurance médicaments afin de permettre la transmission de la demande de paiement.

2.2.2 Transactions offertes

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



2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

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

2.3.1 Introduction

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

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

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

2.3.2 Délai de facturation

2.3.2.1 Facturation

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

Si la date de service se retrouve à l'extérieur du délai de 90 jours, faire une demande écrite et l'envoyer par fax à la Direction des services à la clientèle professionnelle.

2.3.2.2 Correction de la facturation

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

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

Pour la période entre 8 et 90 jours, vous devez téléphoner au Centre de support aux pharmaciens pour faire réactiver vos demandes de paiements afin de les annuler par la suite.

Au-delà de cette période, vous devez communiquer par écrit à la Direction des services à la clientèle professionnelle pour évaluation de votre demande.

2.3.3 Données de facturation - cas régulier

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

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

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

  - le numéro d'identification bancaire;
  # - le numéro de version de la norme;
  - le code de la transaction effectuée;
  - le numéro d'identification du développeur de logiciel;
  - le numéro de version du logiciel utilisé en pharmacie.

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

- **Section B :** données de dispensation

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

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

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

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

valeur

- le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement, le cas échéant

  - programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS) 1K
  - programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) 1L
  - programme « tuberculose » avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) 2K
  - programme « tuberculose » avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose). 2L
  - patient d'exception 40
  - médicament d'exception 41
  - prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence 04

(voir la section 2.3.4.15 - MTS, la section 2.3.4.16 - Tuberculose, la section 2.3.5.1 - Médicament d'exception, la section 2.3.5.2 - Mesure du patient d'exception et la section 2.3.4.27 - Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence du présent onglet)

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

  - détenteur de la carte (valeur par défaut) 0
  - dépendant mineur de moins d'un an non inscrit sur le carnet de réclamation ou sans carte d'assurance maladie 2

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

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

2.3.3.1 Identification de la personne

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

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

2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel

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

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

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

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

Les renseignements à fournir sont :

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

valeur

- le code du service professionnel effectué;

	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance	O
#	• exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique*(*)*	N
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un supplément diététique	E
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques*(*)*	L
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral*(*)*	M
	• fourniture de chambre d'espacement*(*)*	X
	• fourniture de masque (tarif = 0 $)*(*)*	Y
	• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables*(*)*	F
	• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant*(*)*	K
#	• pilulier selon la règle 25*(*)*	G
	• médicament fourni sous la forme d'un pilulier - selon la règle 24*(*)*	P
	• préparation de capsules placebo*(*)*	B
	• préparation de capsules*(*)*	U
	• préparation de sachets*(*)*	H
	• mise en seringue d'insuline*(*)*	I
	• exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale*(*)*	T
	• mise en seringue de chlorure de sodium*(*)*	Q
	• exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique*(*)*	R
	• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement*(*)*	1
#	• transmission d'un profil*(*)*	2
	• opinion pharmaceutique*(*)*	3
	• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence*(*)*	4
#	• transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive*(*)*	5
	• frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques*(*)*	8
	• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques*(*)*	7
	• service sur appel*(*)*	A
	• pharmacien désigné - rémunération mensuelle*(*)*	S

(*) Pour les services suivis d'un astérisque, voir les sections 2.3.4.1 à 2.3.4.17 et les sections 2.3.4.24 à 2.3.4.34 du présent onglet.

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

- le nombre de renouvellements;

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

Lorsque le renouvellement prescrit correspond à une période (ex. : 1 an, 6 mois, etc.) et que le nombre de renouvellements ne peut être calculé en un nombre exact de fois, il faut inscrire **99** dans ce champ. Quant à la date de fin de validité de l'ordonnance, il faut l'inscrire dans le champ prévu à cette fin, dans la forme suivante: AAAAMMJJ (ex. : 20070630).

valeur

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

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

- le type de sélection;

  - choix du prescripteur de « ne pas substituer » **inscrit de sa main** 1
  - choix du pharmacien de dispenser un médicament équivalent 3
  - champ laissé à blanc signifie « tel que prescrit »

- le format d'acquisition;
  Inscrire le numéro correspondant au conditionnement acheté;

- la source d'approvisionnement;
  Inscrire la lettre correspondant au grossiste d'où provient le produit dispensé. Ne rien inscrire si la source d'approvisionnement est un fabricant (voir la *62* - Annexe III, table des grossistes);

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

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

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

- le type de service exécuté;

Pour les codes de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium et de la préparation de solution ophtalmique, inscrire également le type de service exécuté. (voir les sections 2.3.4.1 et 2.3.4.24 à 2.3.4.26).

- la durée de traitement exprimée en jours (3 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

  - une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie . . . . . CS
- pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) CV
  - situation particulière - ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie . . . . . DN
- renouvellement supplémentaire advenant le cas où le médecin traitant de la personne ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession . . . . . EB
  - renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente . . . . . EO
- Service sur appel pour un second déplacement, même jour. . . . . FB
  - preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire adulte. . . . . MA
  - preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire à charge . . . . . MB

Codes d'intervention ou d'exception au regard de situations exceptionnelles (suite)

		valeur
	• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité	MG
	• montant supérieur à 1 000 $	MP
	• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière	MQ
	• pour indiquer une pharmacothérapie initiale	MT
	• pilule du lendemain (facturation d'un format complet)	PL
	• pharmacie désignée contactée ou non	UI
	• PAE sous contrôle en situation d'urgence - pathologie aiguë	VE

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

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

Codes d'intervention ou d'exception pour le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement

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

Codes d'intervention ou d'exception désignant le type d'opinion pharmaceutique

- Allergie : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . . UO
- Allergie : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . . WA
- Allergie : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . . WB
- Opinion et calendrier de sevrage relatifs aux médicaments benzodiazépines . . . . . VB
- Contre-indication : interrompre la prise d'un médicament prescrit. . . . . WC
- Contre-indication : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . . . . . WD
- Contre-indication : empêcher la prise d'un médicament prescrit. . . . . WE
- Contre-indication : substituer un médicament prescrit par un autre. . . . . WF
- Duplication : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . . WG
- Duplication : modifier le traitement prescrit . . . . . WH
- Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . . WI
- Effet indésirable ou intolérance observés : interrompre la prise d'un médicament prescrit. . . . . UP
- Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit. . . . . WJ
- Effet indésirable ou intolérance observés : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . . UB
- Effet indésirable ou intolérance observés : substituer un médicament prescrit par un autre. . . . . UD
- Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit. . . . . WK
- Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit. . . . . WL
- Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe ***c) iv)*** . . . . . WM
- Inefficacité : Substituer un médicament prescrit par un autre . . . . . WN
- Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit. . . . . WO
- Grossesse ou allaitement : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . . UR
- Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . . WP
- Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . WQ
- Grossesse ou allaitement : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . . UV
- Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . . WR
- Innocuité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique . . . . . WS
- Innocuité : diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . . . . . WT
- Innocuité : réduire la durée du traitement prescrit . . . . . WU
- Innocuité : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . . WV
- Interaction : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . . WW
- Interaction : interrompre la prise d'un médicament prescrit . . . . . UQ
- Interaction : empêcher la prise d'un médicament prescrit . . . . . WX
- Interaction : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit. . . . . WY
- Interaction : substituer un médicament prescrit par un autre . . . . . UT
- Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité. . . . . WZ
- Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables . . . . . XA
- Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10 . . . . . XB
- Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale XC
- Asthme : inobservance au traitement, surconsommation. . . . . XD
- Asthme : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . . XE
- Tuberculose : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . XF
- Tuberculose : inobservance au traitement, sous-consommation. . . . . XG
- Dyslipidémies : inobservance au traitement, surconsommation. . . . . XH
- Dyslipidémies : inobservance au traitement, sous-consommation. XI
- Maladies cardiaques : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . XJ
- Maladies cardiaques : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . . XK
- hypertension artérielle : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . UX
- hypertension artérielle : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . . UY
- Diabète de type II : inobservance au traitement, surconsommation XL
- Diabète de type II : inobservance au traitement, sous-consommation. . . . . XM
- Épilepsie : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . XN
- Épilepsie : inobservance au traitement, sous-consommation. . . . . XO
- Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . XP
- Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . . XQ
- Infection du VIH : inobservance au traitement, surconsommation . . . . . XR
- Infection du VIH : inobservance au traitement, sous-consommation . . . . . XS

Codes d'intervention ou d'exception désignant la raison motivant le transport d'urgence des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques

- 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 patient . . . . . TB
- maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures . TS
- assurer la continuité d'un traitement - dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur, avec autorisation préalable de la Régie . . . . . TR

- le montant demandé pour le médicament ou la fourniture;

  Pour la méthode de calcul, se reporter à la ***Liste de médicaments*** - Renseignements généraux.

- le montant du coût de service facturé pour service professionnel;

  Montant facturé par le pharmacien selon le service dispensé. (voir l'onglet « Tarif »).

- le numéro du pharmacien instrumentant (6 chiffres) qui a exécuté l'ordonnance ou fourni le service;

- le numéro de la pharmacie désignée contactée (6 chiffres) du détenteur de carnet de réclamation faisant l'objet du mécanisme de surveillance et suivi de sa consommation de médicaments;

- le numéro du prescripteur (6 chiffres du numéro d'inscription à la Régie);

- médecin du Québec 1XXXXX
- dentiste du Québec 2XXXXX
- optométriste du Québec 3XXXXX
- pharmacien du Québec et hors Québec 4XXXXX
- résident en médecine du Québec 5XXXXX
- médecin hors Québec inscrit à la Régie 6XXXXX
- dentiste hors Québec inscrit à la Régie 7XXXXX
- optométriste hors Québec inscrit à la Régie 8XXXXX
- infirmier praticien spécialisé 81XXXX
- sage-femme du Québec 93XXXX
- podiatre du Québec 94XXXX

Le prescripteur doit être un médecin, un résident en médecine, un dentiste légalement autorisé à exercer la médecine ou la médecine dentaire, un pharmacien, une sage-femme, un optométriste, un infirmier praticien spécialisé inscrit à son Ordre ou un podiatre.

valeur

- le type de prescripteur de l'ordonnance;

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

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

(**) Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière).

Dans ces deux cas, les 5 premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom doivent être inscrits sur la demande de paiement.

- le code d'indication reconnue pour le paiement de certains médicaments d'exception;

Il faut transmettre le code d'indication reconnue inscrit sur l'ordonnance originale lors de l'exécution de celle-ci ainsi que sur tous les renouvellements subséquents.

Ce code est composé de deux lettres représentant la classe anatomique suivies de chiffres (huit maximum). Pour de plus amples informations, vous référer au « Répertoire des médicaments d'exception ».

2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers

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

2.3.4.1 Médicament magistral

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service correspondant au type de mélange dispensé :

  - exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques L
  - exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral . . . . . M

- Inscrire le type de service correspondant à la préparation magistrale (voir article 6.2, section « Renseignements généraux » de la ***Liste de médicaments***) selon qu'il s'agisse d'une :

  - préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste de médicaments* et qui renferme :

    - une seule substance active ou . . . . . A
    - un mélange de solution orale de didanosine et de suspension de magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'). . . . . A

  - préparation d'un rince-bouche résultant du mélange

    - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou . . . . . B
    - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants. . . . B

  - préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la ***Liste de médicaments***, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants C

  - préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, **à l'exception** d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 % . . . . . D

- préparation ophtalmique renfermant de l'amikacine, de la céfazoline, de la ceftazidine, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou; . . . . . E
    - de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de 3 mg/mL et plus. . . . . E

  - solution ou suspension orale d'acide folique, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine . . F

  - une des préparations suivantes :

    - préparation topique de moutarde azotée (chlorhydrate de méchloréthamine) . . . . . G
    - préparation pour usage rectal à base de sucralfate. . . . . G
    - préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem . . . . . G

- Pour chaque produit utilisé :

- Inscrire la source d'approvisionnement s'il y a lieu;
- Inscrire le format d'acquisition;
- La quantité de la composante utilisée;

  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.

- Le coût de la composante.

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

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

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **L** ou **M**	Code DIN des ingrédients du médicament magistral
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
#	Format d'acquisition des ingrédients du médicament magistral	Source d'approvisionnement des ingrédients du médicament magistral	Quantité de médicament
	Type de service	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant du médicament	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant
	N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.2 Fournitures

2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • fourniture de chambre d'espacement X

- Le montant du service au 1er avril 2007 a été établi à 8,12 $ pour 36 500 ordonnances et moins et à 7,58 $ pour plus de 36 500 ordonnances.

  • fourniture de masque pour chambre d'espacement . . . . . .Y

- Le montant du service est inclus dans les honoraires de la fourniture de chambre d'espacement.

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

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

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

2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service;
  - fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables. . . . . F

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

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **F**	Code DIN des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables
	Nombre de renouvellements	Nature/expression d'ordonnance	Type de sélection
#	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant
#	N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

■ ***Particularités :***

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

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

■ ***Principes à respecter :***

- Seul le code DIN du médicament à diluer ou à dissoudre doit être inscrit sur la demande de paiement bien que deux produits soient fournis au cours de ce service.
- Un seul montant de service est payable pour le médicament et le solvant (voir la Règle 3 de l'Annexe II de l'Entente).

valeur

- Inscrire le code de service;
  - médicament actif requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant. . . . . K
- Inscrire la source d'approvisionnement du médicament indiqué sur la demande de paiement.
- Inscrire le format d'acquisition du médicament indiqué sur la demande de paiement.
- La quantité inscrite sur la demande de paiement correspond à la somme de la quantité du médicament et de celle du solvant.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts du médicament et du solvant.

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **K**	Code DIN du médicament à diluer ou à dissoudre
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
#	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament : médicament + solvant
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament : médicament + solvant	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
#	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  - refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement 1

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

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

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **1**	Code DIN du médicament refusé
#	Code d'intervention ou d'exception pour le motif du refus	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
#	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	

■ ***Particularités :***

Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

2.3.4.5 Opinion pharmaceutique

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service;
  - opinion pharmaceutique 3
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant au type de l'opinion pharmaceutique;
  - voir la liste des codes à la page 10 du présent onglet
- Inscrire le numéro du ou d'un des prescripteurs à qui une copie de l'opinion pharmaceutique a été transmise.

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

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

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **3**	Code d'intervention ou d'exception pour le type d'opinion
#	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant	N^{O} prescripteur
	Type de prescripteur		

■ ***Particularités :***

Pour l'opinion pharmaceutique **relative à l'inobservance**, le tarif n'est payable que 2 fois par année pour chacune des situations précisées à l'Annexe VII pour une même personne assurée.

2.3.4.6 Service sur appel

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

■ ***Principes à respecter :***

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • service sur appel . . . . . A

- Inscrire un numéro d'ordonnance: Il doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques
- Aucun DIN n'est requis sur la demande de paiement.

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **A**	Code d'intervention ou d'exception s'il y a lieu
Nature/expression de l'ordonnance, s'il y a lieu	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant
N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;
  - exécution ou renouvellement d'une ordonnance . . . . . O
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception;
  - pour indiquer une pharmacothérapie initiale . . . . . MT
- Le nombre de renouvellements sur la deuxième demande de paiement, le cas échéant, **doit être identique à celui inscrit sur la demande de paiement de l'ordonnance originale**. Les renouvellements suivants seront diminués de la manière habituelle.
- Inscrire la quantité de médicament correspondant à celle requise pour la durée d'un traitement de **sept** jours sur la première demande de paiement. La quantité du premier renouvellement (2^{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 vingt et un** jours.

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

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

;

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

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

■ ***Principes à respecter :***

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

Le calcul du frais de service pour le code de service P est déterminé à partir de la durée de traitement, tel qu'indiqué ci-dessous.

Durée de traitement	Tarif au 1er avril 2007
Entre 1 et 7 jours	3,98 $
Entre 8 et 14 jours	7,96 $
Entre 15 et 21 jours	11,94 $
Entre 22 et 28 jours	15,92 $

valeur

- Inscrire le code de service;

  • pilulier . . . . . P

- Inscrire une durée de traitement de **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement).
- Inscrire le montant du frais de service correspondant à la durée de traitement prévue.

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

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

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

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

2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

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

• pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire). CV

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

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

#

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

2.3.4.10 Préparation de capsules placebo

Les capsules d'un **placebo manufacturé** sont facturées à l'aide du code de service « O » (exécution ou renouvellement d'une ordonnance) et du code DIN qui figure dans la ***Liste de médicaments***, à la classe pharmacothérapeutique 92:00 « Autres médicaments », sous la dénomination commune « lactose ».

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

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • préparation de capsules placebo . . . . . B

- Inscrire le code DIN du médicament dont les capsules ont été vidées.
- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités du médicament et de l'adjuvant.
- Inscrire le format d'acquisition et la source d'approvisionnement du médicament dont les capsules ont été vidées.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts du médicament et de l'adjuvant.
- Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules placebo préparées, soit :

2007-04-01

#	1 à 30 capsules	=	12,91 $
#	31 à 60 capsules	=	18,53 $
#	61 à 100 capsules	=	24,70 $
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,23 $ par capsule

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **B**	Code DIN du médicament des capsules vidées
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant
#	N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

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

Lorsque le pharmacien prépare le placebo à partir de capsules vides (voir le code DIN dans la *Liste de médicaments*, section « véhicules, solvants ou adjuvants »), il peut se faire payer le coût des capsules et celui de l'adjuvant qu'il utilise.

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • préparation de capsules placebo . . . . . B

- Inscrire le code DIN correspondant à celui de la capsule vide.
- Inscrire le format d'acquisition et la source d'approvisionnement des capsules vides.
- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités des capsules vides et de l'adjuvant.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts des capsules et de l'adjuvant.
- Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules placebo préparées, soit :

2007-04-01

#	1 à 30 capsules	=	12,91 $
#	31 à 60 capsules	=	18,53 $
#	61 à 100 capsules	=	24,70 $
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,23 $ par capsule

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **B**	Code DIN des capsules vides
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
#	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

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

2.3.4.11 Préparation de capsules

La préparation de capsules consiste à introduire dans des capsules vides un seul médicament actif.

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

  • préparation de capsules. . . . . U

- Inscrire le code DIN correspondant à celui du médicament mis en capsule.
- Inscrire le format d'acquisition et la source d'approvisionnement du médicament mis en capsule.
- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités des capsules vides et du médicament ou à la quantité du médicament seulement.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts des capsules et du médicament introduit dans les capsules.
- Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules préparées, soit :

2007-04-01

#	1 à 30 capsules	=	12,91 $
#	31 à 60 capsules	=	18,53 $
#	61 à 100 capsules	=	24,70 $
	Plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,23 $ par capsule.

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **U**	Code DIN du médicament mis en capsules
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament et des capsules	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
#	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.12 Préparation de sachets

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

  • préparation de sachets . . . . . H

- Inscrire le code DIN du médicament mis en sachets.
- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités du médicament, de l'adjuvant, le cas échéant, et des sachets OU des quantités du médicament et de l'adjuvant, si nécessaire.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts du ou des médicaments et de l'adjuvant.
- Le montant du service est calculé en fonction du nombre de sachets préparés, soit :

2007-04-01

#	1 à 30 sachets	=	12,91 $
#	31 à 60 sachets	=	18,53 $
#	61 à 100 sachets	=	24,70 $
	Plus de 100 sachets	=	nombre de sachets multiplié par 0,23 $ par sachet.

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **H**	Code DIN du médicament
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament, d'adjuvant et de sachets
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament et de l'adjuvant	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
#	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline

Seule la mise en seringue d'insuline est acceptable avec le code de service « I ».

■ ***Principes à respecter :***

La mise en seringue d'insuline se fait 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.

valeur

- Inscrire le code de service;

  • mise en seringue I

- Inscrire le code DIN de l'insuline utilisée ou le code DIN de l'insuline la plus dispendieuse lorsque plus d'une insuline est utilisée.

- La quantité de médicament correspond à la quantité d'insuline (en mL à une décimale près) utilisée OU à la somme des quantités de l'insuline et des seringues, qu'il s'agisse d'un mélange ou non.

- Le montant du médicament correspond à la somme du coût de l'insuline et du coût des seringues.

- Le montant du service au 1er avril 2007 est calculé en fonction du nombre de seringues préparées soit :

Moins de 17 seringues = 9,45 $
17 seringues et plus = nombre de seringues multiplié par 0,58 $ par seringue.

Un montant de 2,51 $ doit être ajouté au coût de service demandé lorsqu'il s'agit d'un mélange d'insulines.

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

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

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

	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **I**	Code DIN du médicament
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité d'insuline et des seringues
#		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant de l'insuline et des seringues	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
#	N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.14 Pilule du lendemain

Les services relatifs à la pilule du lendemain peuvent être facturés de 2 façons, au choix du pharmacien.

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

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

- Inscrire le code DIN correspondant au produit.

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

2 comprimés = quantité 0,1
4 comprimés = quantité 0,2
6 comprimés = quantité 0,3

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

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

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

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

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

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

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

- pilule du lendemain . . . . . PL

- Quantité de médicament : inscrire « quantité du format du médicament réclamé ».

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

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

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

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

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

2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

Section C :

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

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

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.

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

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

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

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

Section D :

- Inscrire le code DIN du médicament (voir Addenda de la *Liste de médicaments*).

- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellements, car le renouvellement de cette **ordonnance n'est pas payable**.

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

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

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
	Nombre de renouvellements = 0	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
#	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
#	Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant du médicament	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant
	N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

Section C :

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

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

valeur

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

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

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

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

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

  - programme « Tuberculose » avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose 2K
  - programme « Tuberculose » avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) 2L

Section D :

- Inscrire le code DIN du médicament (voir l'Addenda de la *Liste de médicaments*).

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

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

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

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

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

Pour agir à titre de pharmacien désigné, le pharmacien reçoit une rémunération mensuelle de 20 $ pour le mois ou la partie de mois, et ce, pour chaque détenteur de carnet visé par cette surveillance.

■ ***Principes à respecter :***

- La rémunération mensuelle doit être facturée seule sur une demande de paiement.
- La date de service à inscrire sur la demande de paiement est **le dernier jour du mois** ou **le dernier jour de la partie du mois** (s'il y a un changement de pharmacien désigné au cours d'un mois, ce qui est exceptionnel).

  Exemple :

  date de validité du carnet de réclamation : du 1er au 31 juillet 2005.
  date de service à inscrire : 05-07-31

  Si le détenteur change de pharmacien désigné le 16 juillet 2005 :

  date de service à inscrire par le premier pharmacien désigné : 05-07-15
  date de service à inscrire par le deuxième pharmacien désigné : 05-07-31

- Le numéro de l'ordonnance **doit être un numéro de référence différent** chaque mois pour la personne assurée.

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • pharmacien désigné - rémunération mensuelle . . . . . S

- Inscrire le numéro et le type du médecin traitant principal ou celui d'un des prescripteurs pendant le mois.

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

- toutes les données des **sections A et C**;
- les données de la **section B** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus sur la date de service.
- les données suivantes de la **section D**;

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **S**	Montant du service
#	N^{O} pharmacien instrumentant	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur

2.3.4.18 Pharmacien désigné contacté ou non contacté

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

■ ***Principes à respecter :***

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

- Si le pharmacien désigné est contacté :

valeur

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

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

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

- Si le pharmacien désigné ne peut être contacté :

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

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

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

  • PAE visé par le mécanisme de surveillance en situation d'urgence - pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 5 jours. . . . . VE
  • conditionnement indivisible du médicament.

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

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

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

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

#

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

2.3.4.19 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif et/ou anticipé)

Les **renouvellements hâtif** et **anticipé** font référence à l'approvisionnement en médicament d'une personne qui devance la **date prévue du renouvellement** de ce médicament (mêmes 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 :	2006-12-30
#	Date de service de la demande de paiement antérieure :	2006-12-04
	Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
#	Date prévue du renouvellement :	2007-01-03 (2006-12-04 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement suivant :	2007-02-02 (2007-01-03 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement subséquent :	2007-03-04 (2007-02-02 + 30 jours)
	Et ainsi de suite	

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

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

■ ***Renouvellement hâtif :***

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

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

Les messages d'erreur signalant cette situation sont :

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

■ ***Renouvellement anticipé :***

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

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

Renouvellement hâtif (écart supérieur à la marge de manoeuvre 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 manoeuvre 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.

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.

valeur

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

	• 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 liste médicaments) mais facturé pour des ordonnances différentes	DG
	• synchronisation des ordonnances dans le respect de la règle 19 de l'Entente (dans le but de synchroniser les visites à la pharmacie, le pharmacien fournit une quantité supérieure à celle prescrite)	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 deux lieux différents	DK
	• anticipation - médicament requis lors du rendez-vous médical	DL
#	• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui interrompt le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement	DM
	• non-respect de la posologie (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 Régie qui n'interrompt pas le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement	FC
	• oubli des médicaments lors d'un voyage	ME
	• changement de posologie	MN
	• vol, perte ou bris de médicament	MR
	• départ en voyage avant la date de renouvellement	MV

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

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

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

2.3.4.20 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 :***

valeur

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

  • pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité . . . . . MG

- Inscrire le nombre de renouvellements restants en tenant compte de la correction apportée;

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

  Le nombre de renouvellements inscrit sur l'ordonnance originale aurait dû être 15, mais le pharmacien avait inscrit 12. À ce jour, 10 renouvellements ont été facturés. Donc, en utilisant le code d'intervention particulier, inscrire « 5 » comme nombre de renouvellements restants.

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

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements restants corrigé, s'il y a lieu	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : MG
Montant du médicament ou de la fourniture	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité modifiée de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.21 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 Régie, pour repérer les erreurs de facturation. Après vérification de la quantité de médicament et de la durée du traitement inscrites sur la demande de paiement transmise à la Régie, 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 :***

valeur

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

  • pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière . . . . . MQ

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

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

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

2.3.4.22 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 $

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

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

■ ***Principe à respecter :***

valeur

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

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

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

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

#

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

2.3.4.23 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)

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

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

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

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

■ ***Principe à respecter :***

valeur

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

  - preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte . . . . . MA
  - preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge. . . . . MB
  - preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi MB

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

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

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

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

2.3.4.24 Thérapie parentérale

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

  • Exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale . . . . . T

Les frais de service sont de 8,12 $ (7,58 $ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint).

- Inscrire le type de service;

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

- Inscrire le code **DIN** du médicament ou le code **DIN** du médicament le plus dispendieux lorsque plus d'un médicament est utilisé pour la préparation de la thérapie parentérale.

- La quantité de médicament correspond au nombre d'unités fournies. Par exemple, une unité correspond à un sac à gravité, une cassette, etc.

- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts de chaque médicament, solvant et contenant, tel que défini plus haut. Le coût de toute autre fourniture requise pour la préparation de la thérapie est inclus dans le tarif par unité. Il s'agit notamment des filtres, des aiguilles filtrantes, des seringues servant à la dilution et au transfert des produits dans le contenant, des tampons d'alcool, des masques, etc. De plus, il est possible de facturer, pour ce service, une partie d'un format indivisible.

- 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 :

Tarif au 2007-04-01

	Type	Description	Première unité	Unités suivantes
		- Sacs à gravité		
#	A	avec préparation	12,68	5,91
#	B	sans préparation	11,00	5,91
		- Sacs pour pompe		
#	C	avec préparation	16,92	8,46
#	D	sans préparation	12,68	6,76
		- Cassettes 50 ml		
#	E	avec préparation	12,68	5,91
#	F	sans préparation	11,00	5,91
		- Cassettes 100 ml		
#	G	avec préparation	16,92	10,14
#	H	sans préparation	14,37	9,31
		- Perfuseur élastométrique		
#	I	avec préparation	16,92	13,51
#	J	sans préparation	12,12	9,86

Tarif au 2007-04-01

	Type	Description	Première unité	Unités suivantes
		- Seringues		
#	K	avec préparation.	5,91	2,54
#	L	sans préparation.	5,08	2,54

Remarque : Les types de service K et L (Seringues) ne s'appliquent pas à la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ni à l'insuline. Pour ces produits, voir les sections 2.3.4.13 et 2.3.4.25.

Exemple : Le montant de service autorisé au 1er avril 2007 pour 10 sacs à gravité avec préparation sera calculé ainsi :

	Frais de service		Tarif de la première unité		(9 x tarif des unités suivantes)		Montant total autorisé
#	8,12 $	+	12,68 $	+	(9 x 5,91 $)	=	73,99$

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **T**	Code DIN de médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament = Nombre d'unités fournies
Type de service : A à L	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium

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

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;
  - exécution ou renouvellement d'une mise en seringue de chlorure de sodium . . . . . Q
- Inscrire le type de service;
  - mise en seringue . . . . . A
- Inscrire le code **DIN** de la solution de chlorure de sodium injectable utilisée.
- La quantité de médicament correspond au nombre de seringues remplies et fournies.
- Le montant du médicament correspond à la somme du coût du chlorure de sodium injectable et du coût des seringues remplies et fournies. De plus, il est possible de facturer une partie du format indivisible.
- Le montant du service est calculé en fonction du nombre de seringues remplies et fournies en tenant compte du tarif pour la première seringue et de celui des seringues suivantes.

		Tarif au 2007-04-01	
Type	**Description**	**Première unité**	**Unités suivantes**
A	Mise en seringue	5,08 $	2,54 $

Exemple : Le montant du service autoriséai 1er avril 2007 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

Tarif de la première unité	+	(9 x tarif des unités suivantes)	= Montant total autorisé
5,08 $	+	(9 x 2,54 $)	= 27,94 $

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **Q**	Code **DIN** du chlorure de sodium injectable
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament = Nombre de seringues remplies et fournies
Type de service : **A**	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du chlorure de sodium injectable et des seringues remplies et fournies	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.26 Préparation de solution ophtalmique

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;

  • Exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique . . . . . R

Les frais de service sont de 8,12 $ (7,58 $ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint).

- Inscrire le type de service;

  • préparation de solution ophtalmique . . . . . A

- Inscrire le code **DIN** du médicament ou le code **DIN** du médicament le plus dispendieux lorsque plus d'un médicament est utilisé pour la préparation ophtalmique.
- La quantité de médicament correspond au nombre d'unité(s) fournie(s), l'unité étant le nombre de bouteilles fournies et préparées.
- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts de chaque médicament et/ou véhicule utilisés de la ***Liste de médicaments***. Le montant des fournitures utilisées pour la préparation est inclus dans le tarif par unité et n'a pas à être inclus dans le montant du médicament. Il s'agit notamment des seringues servant à la dilution et au transfert des produits, des bouteilles stériles vides, etc.
- Le montant du service est calculé en additionnant les frais de service et le montant calculé à partir du tarif par unité en tenant compte du nombre d'unités préparées.

		Tarif au 2007-04-01
Type	**Description**	**par unité**
A	Préparation ophtalmique	14,37 $

Exemple : Le montant du service autorisé au 1er avril 2007 pour la préparation sous la hotte d'une unité de solution ophtal-mique sera calculé ainsi :

Frais de service	+	(Nombre d'unités	x	Tarif unitaire)	=	Montant total autorisé
# 8,12 $	+	(1	x	14,37 $)	=	22,49 $

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **R**	Code **DIN** du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament = Nombre d'unités fournies
Type de service : **A**	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.27 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

Cette entente particulière permet au pharmacien d'être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. Pour avoir droit à ce tarif (16,33 $ à partir du 1er avril 2007), le pharmacien doit être titulaire d'une attestation de formation délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

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

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

- Inscrire le code de service;

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

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

- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie « 4XXXXX » du pharmacien qui fait la prescription;

- Inscrire le numéro de pharmacien instrumentant correspondant au numéro d'inscription à la Régie soit « 4XXXXX », il doit être **identique** au numéro du prescripteur.

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

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

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

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : **4**	Code de programme : **04**
#	Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant	N^{o} de prescripteur
	Type de prescripteur		

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

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

Le tarif payable est de **5,20 $ par paquet** au 1er avril 2007, peu importe le type de transport, même si le paquet contient plus d'une préparation stérile.

■ ***Principes à respecter :***

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

  • Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques 8

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

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

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

#	Numéro de l'ordonnance correspondant au numéro de l'ordonnance du médicament	Code de service : **8**	
#	Nombre de renouvellements : doit correspondre au nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance	Montant du service : **5,20 $ par paquet**	N° pharmacien instrumentant
	N° de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.29 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques

Le transport d'urgence ou d'exception s'effectue dans la même journée du lundi au vendredi, les fins de semaines 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 Régie).

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

■ ***Principes à respecter :***

- Inscrire 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.

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

valeur

- Inscrire le code de service :

- Transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques 7

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

- Inscrire le montant réel encouru. Pour les montants supérieurs à 25,00 $, le pharmacien dispensateur doit obtenir une autorisation préalable de la Régie en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens. Un montant maximal de 75,00 $ est autorisé par la Régie.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence :

• 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 patient . . . . . TB
- Maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures . . TS
- Assurer la continuité d'un traitement - dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur (avec autorisation préalable de la Régie). . . . . TR

- Inscrire le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance de la préparation stérile.

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

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

Numéro de l'ordonnance correspondant au numéro de l'ordonnance du médicament	Code de service : **7**	Code d'intervention ou d'exception pour justifier le type de transport : TB ou TC ou TP ou TR ou TS
# Nombre de renouvellements : doit correspondre au nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance	Montant du service : correspondant au coût réel encouru.	N^{o} pharmacien instrumentant
N^{o} de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente

Exceptionnellement, une ordonnance n'indiquant pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint et qui respecte les critères de la règle 4 peut être renouvelée pour une période maximale de trente (30) jours ou plus si le format est indivisible et doit survenir dans un délai n'excédant pas trente (30) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale dans le cas où l'ordonnance n'indique pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou celle prévue au dernier renouvellement prescrit lorsqu'il s'agit d'une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint.

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 . . . . . EO

- De plus, une ordonnance peut être renouvelée pour une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale, ou plus si le format est indivisible, advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'excercer sa profession.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 . . . . . EB

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

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : **EO** ou **EB**
Montant du médicament	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.31 Transmission d'un profil

La règle 12 de l'Entente des pharmaciens prévoit une rémunération, lorsque le pharmacien, à la demande d'un professionnel de la santé d'un service d'urgence, constitue et transmet le profil pharmacologique d'une personne assurée.

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire le code de service;
  - transmission d'un profil 2
- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie;

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

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **2**	Montant du service
N^{o} pharmacien instrumentant	N^{o} de prescripteur	Type de prescripteur

2.3.4.32 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire le code de service;
  - transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive. 5
- Inscrire 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;

  Note : ce nombre doit paraître au champ *Quantité* de la demande de paiement;
- Inscrire le numéro du prescripteur d'une des demandes de paiement facturées rétroactivement;
- Aucun DIN ne doit être présent sur la demande de paiement.

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : **5**	Quantité : nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours
Montant du service	N^{o} pharmacien instrumentant	N^{o} de prescripteur
Type de prescripteur		

2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25

La règle 25 de l'Entente prévoit, lorsque l'ordonnance est fournie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24, que le tarif hebdomadaire applicable corresponde à 25 % du tarif 1B de l'Annexe III de l'Entente.

Le calcul du frais de service pour le code de service G est déterminé à partir de la durée de traitement, tel qu'indiqué ci-dessous.

Durée de traitement	Tarif au 1er avril 2007	Tarif au 1er avril 2007
	36 500 ordonnances et moins	plus de 36 500 ordonnances
Entre 1 et 7 jours	2,03 $	1,90 $
Entre 8 et 14 jours	4,06 $	3,79 $
Entre 15 et 21 jours	6,09 $	5,69 $
Entre 22 et 28 jours	8,12 $	7,58 $

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;
  - Pilulier selon la règle 25 . . . . . G

- Inscrire une durée de traitement;
- Inscrire un montant de service correspondant à la durée de traitement prévue;

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

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

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

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

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

La règle 25 de l'Entente des pharmaciens prévoit un tarif qui est calculé 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 sous réserve d'une rémunération maximale à 90 jours de traitement.

Pour ce tarif, le code de service N doit être utilisé.

Sont exclus de cette rémunération :

- les médicaments de l'Annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlées) lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques);
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19;
- les services chroniques de **moins de 7 jours** pour l'ensemble de la médication de la personne assurée dans les cas suivants:
  - de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part de la personne assurée;
  - de VIH;
  - de tuberculose;
  - de traitement à la méthadone.

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

■ ***Principes à respecter :***

valeur

- Inscrire le code de service;
  - Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique . . . . . N

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

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

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

2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie

2.3.5.1 Médicament d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament d'exception pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation, inscrit le code de programme 41.

À compter du 25 avril 2007, un nouveau mécanisme qui s'appuie sur une **codification des indications reconnues** s'ajoute à ceux offerts par la Régie pour donner accès à certains médicaments d'exception. Pour donner accès aux médicaments visés par la codification aux personnes qui répondent aux critères, le prescripteur peut opter pour le mécanisme de codification ou obtenir une autorisation via les mécanismes traditionnels (soumettre une demande d'autorisation papier ou en ligne).

Un répertoire sur ces médicaments est disponible dans le site Internet de la RAMQ. Il regroupe toute l'information sur les indications reconnues pour leur paiement.

Remarque : Voir la section « Renseignements généraux » de la ***Liste de médicaments***, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments d'exception.

■ ***Principes à respecter :***

valeur

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

\# • Médicament d'exception 41

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

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

#	Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
	Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant du médicament	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
	N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.
#	Code d'indication reconnue, s'il y a lieu.		

2.3.5.2 Mesure du patient d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament visé par la « mesure du patient d'exception », inscrit le code de programme 40 pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation.

Remarque : Voir la section « Renseignements généraux » de la ***Liste de médicaments***, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments visés par la « Mesure du patient d'exception ».

■ ***Principes à respecter :***

valeur

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

  • patient d'exception 40

À défaut d'un code de médicament paraissant sur la lettre d'autorisation de la Régie :

- Inscrire le même code de médicament (DIN) qui figure dans la liste que le pharmacien utilise pour la facturation aux tiers payeurs (assurances privées);

ou

- Inscrire le code DIN inscrit sur l'étiquette du contenant du médicament autorisé si ce dernier n'est pas dans la liste précitée (tiers payeurs : assurances privées).
- Ne rien inscrire dans le champ format d'acquisition ou inscrire 0.

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

- toutes les données des **sections A et B**;
- toutes les données de la **section C** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition : 0	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N^{O} pharmacien instrumentant
N^{O} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.5.3 Considération spéciale

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :

a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;

b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

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

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

■ ***Principe à respecter :***

valeur

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

  • une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie . . . . . CS

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : **CS**
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N^{o} pharmacien instrumentant
N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

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

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

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

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

■ ***Principes à respecter :***

- inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation particulière

  • ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie . . . . . DN

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : **DN**
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N^{o} pharmacien instrumentant
N^{o} prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement

Pour chaque demande de paiement transmise à la Régie, une réponse est envoyée à la pharmacie. Les renseignements contenus dans la réponse permettent au système en pharmacie d'imprimer le reçu de la personne assurée (voir la section 2.7).

Les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors de l'autorisation de la demande de paiement. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit;
  - demande de paiement acceptée telle que transmise;
  - demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service;
  - demande de paiement refusée.
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé du médicament ou de la fourniture;
- le montant du service professionnel accepté (la réduction découlant de l'application du plafond de 32,000 ordonnances y est déduite, le cas échéant);
- le montant de franchise à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant total cumulé des contributions de la personne assurée pour le mois en cours (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant qui reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale pour le mois en cours, s'il y a lieu (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant total payé par la Régie pour le service et le médicament ou la fourniture.

2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

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

Après l'annulation, une nouvelle demande de paiement peut être soumise pour corriger la situation. Lorsque l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la transmission d'une nouvelle demande de paiement se font en présence de la personne assurée, la contribution peut être perçue sans problème. Si l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la facturation d'une nouvelle demande de paiement, se font en l'absence de la personne assurée, il est de la responsabilité du pharmacien de corriger la situation auprès d'elle si la contribution est modifiée.

Le pharmacien dispose d'un délai de 7 jours additionnels, à partir du moment où la demande de paiement a été transmise (date de la transaction) pour soumettre en direct l'annulation de la demande de paiement. À l'expiration de ce délai, il doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens.

Les renseignements à transmettre à la Régie pour l'annulation d'une demande de paiement sont les suivants :

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

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

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

- **Section B :** *données de dispensation*

  - le numéro de la pharmacie (6 chiffres);
  - la date de service (AAMMJJ);
  - le numéro de contrôle de la demande de paiement à annuler;

- **Section D :** *ordonnance et service professionnel*

  - le numéro de l'ordonnance;
  - la date de la transaction;
    Il s'agit de la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement qui fait l'objet de l'annulation.

Si la personne assurée fait remplir plus d'une ordonnance lors d'une visite à la pharmacie et qu'elle refuse une de ses ordonnances pour un motif quelconque, le pharmacien doit alors annuler la demande de paiement pour l'ordonnance refusée ainsi que la ou les suivantes, le cas échéant. Par la suite, il doit soumettre une nouvelle demande de paiement pour chaque ordonnance acceptée par la personne assurée. Ce principe s'applique également pour toute demande de paiement facturée à une date de service postérieure à la date de service de la demande de paiement annulée. Cela est requis pour remettre à jour l'état des contributions cumulées pour la personne assurée.

Pour chaque annulation transmise à la Régie, une réponse est retournée en mode interactif à la pharmacie. La réponse contient les éléments d'information nécessaires pour déterminer le montant du service et le montant du médicament ou de la fourniture inscrits sur la demande de paiement annulée par la Régie. De plus, elle comprend *les montants de contribution que la Régie ne considère plus comme perçus auprès de la personne assurée pour la demande de paiement annulée*.

Cette réponse permet au système en pharmacie d'informer adéquatement le pharmacien sur le traitement effectué.

Plus précisément, les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement annulée;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement annulée;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors du traitement de la demande d'annulation. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit;
  - demande d'annulation acceptée;
  - demande d'annulation refusée;
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur au maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé initialement du médicament ou de la fourniture sur la demande de paiement annulée;
- le montant du service professionnel initialement autorisé sur la demande de paiement annulée;
- le montant de franchise de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant total pour le service et le médicament ou la fourniture de la demande de paiement annulée.

2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER

Il est possible pour chaque pharmacie d'obtenir quotidiennement de la Régie un sommaire par pharmacie des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date particulière. Ce sommaire permet de concilier le nombre de transactions de chaque type et les montants autorisés ou annulés.

Idéalement, cette conciliation devrait être effectuée pour chaque journée au cours de laquelle une pharmacie a transmis des transactions à la Régie. Cela permet de déceler rapidement les anomalies ou les incohérences dans les traitements sans attendre la réception de l'état de compte. Il est alors plus facile, de part et d'autre, de procéder aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu.

La pharmacie peut obtenir le sommaire journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.

La réponse à une transaction de sommaire journalier consiste à donner, pour chaque type de transaction effectuée par une pharmacie à une date donnée, le nombre total de transactions faites et les montants totaux autorisés ou annulés.

À noter qu'il y a **deux types de 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.

2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER

Il est possible d'obtenir de la Régie un détail des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date donnée. Ce détail permet de concilier chaque transaction et le montant autorisé ou annulé.

Chaque type de transaction doit être demandé séparément. On peut demander les transactions à partir du début de la journée ou pour une plage de numéros d'ordonnance.

On peut obtenir le détail journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.

Remarque : Cette transaction devrait toutefois n'être effectuée que lorsque des erreurs sont décelées à la conciliation du sommaire journalier. Ce sont des transactions complexes, qui demandent beaucoup de traitement et qui ne permettent d'accéder **qu'à 14 détails de transactions** à la fois.

Donc, pour obtenir le détail complet d'une journée où une pharmacie aurait effectué 500 transactions avec la Régie, il faudrait faire près de 40 transactions de détail journalier consécutives.

La réponse à une transaction de détail journalier permet d'obtenir, pour le type de transaction spécifié et à la date demandée, le numéro de l'ordonnance et le montant autorisé ou annulé.

Cette réponse est présentée selon l'ordre chronologique de transmission des demandes de paiement répertoriées pour le détail journalier.

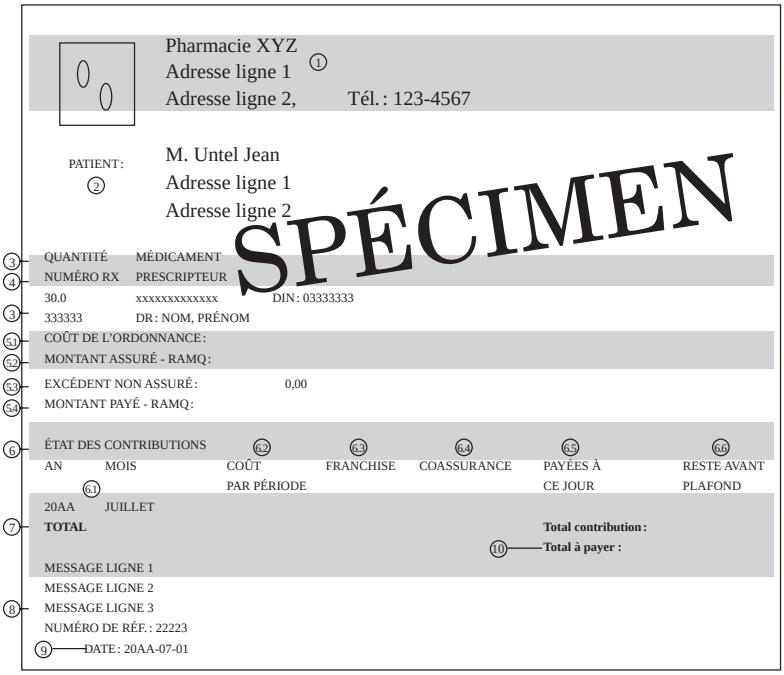
À noter qu'il y a **deux types de transactions d'annulation**. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

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.

2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE

Le système en pharmacie doit produire un reçu clair et détaillé qui sera remis à la personne assurée pour chaque médicament fourni. Lorsque les services et les médicaments sont assurés par la Régie, le reçu doit contenir toute l'information pertinente pour que la personne assurée puisse comprendre comment a été établi le montant de sa contribution pour le service reçu, le total des contributions qu'elle a payées et le montant qu'il lui reste à payer avant d'atteindre sa contribution maximale pour la période en cours.

EXEMPLE DE REÇU



Le reçu doit indiquer clairement, pour chaque médicament reçu :

1. la raison sociale de la pharmacie et son adresse
2. les coordonnées de la personne assurée (nom de famille à la naissance, prénom et adresse)
3. le médicament (quantité, numéro de l'ordonnance, nom du médicament et code DIN)
4. le prescripteur (nom et prénom)

5. les coûts, soit :
- **5.1** le coût de l'ordonnance
- **5.2** le montant assuré par la Régie, s'il y a lieu
- **5.3** l'excédent non assuré par la Régie et assumé par la personne assurée, s'il y a lieu
- **5.4** le montant payé par la Régie (montant assuré par la Régie - contribution perçue)

6. l'état des contributions mensuelles :
- **6.1** la période de contribution (année, mois)
- **6.2** le coût de l'ordonnance par période
- **6.3** la franchise
- **6.4** la coassurance
- **6.5** le montant cumulé des contributions par période
- **6.6** le montant qu'il reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale par période

7. le total des contributions à payer par la personne assurée
8. le numéro de référence émis par la Régie
9. la date d'obtention du service
10. total à payer (excédent non assuré + contribution à payer)

2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE

Les messages suivis de (♦) s'appliquent à des renseignements qui peuvent être produits automatiquement par le logiciel de facturation utilisé en pharmacie

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#**01**	Numéro d'identification bancaire en erreur	1. Le **numéro d'identification bancaire** de la Régie, 200661, est obligatoire. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
#**02**	N^{O} de version de la norme en erreur (♦)	1. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
03	Code de transaction en erreur (♦)	1. Le **code de transaction** est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33 2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
04	N^{O} de développeur de logiciel en erreur (♦)	1. Le **numéro de développeur de logiciel** est obligatoire et le fournisseur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
05	Numéro de version de logiciel en erreur (♦)	1. Le **numéro de version de logiciel** est obligatoire et le fournisseur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
21	Numéro de pharmacie en erreur (♦)	1. Le **numéro de pharmacie** est obligatoire. Il est formé de 4 zéros suivis de 5 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la Régie et d'un chiffre de contrôle. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
22	Date de service en erreur (♦)	1. La **date de service** est obligatoire et doit être de format AA (an) MM (mois) JJ (jour). Exemple : 070701. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
23	Numéro de contrôle externe en erreur (♦)	1. Le **numéro de contrôle externe** est obligatoire. Il est formé de 8 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 fournisseur du logiciel.
30	Code de programme en erreur	1. Vérifier que le **code de programme** est égal à l'une des valeurs suivantes : - programme MTS avec particularité (traitement d'une personne atteinte de MTS) = 1K - programme MTS avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) = 1L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) = 2K - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) = 2L - mesure du patient d'exception = 40 - programme médicament d'exception = 41 - programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence = 04 # Voir section 2.3.4.15 « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS », la section 2.3.4.16 « Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose », la section 2.3.5.1 « Médicament d'exception », la section 2.3.5.2 « Mesure du patient d'exception » et la section 2.3.4.27 « Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence ».
31	Code de groupe en erreur	1. Il n'est plus nécessaire d'inscrire un **code de groupe** identifiant une catégorie de personne assurée.
32	Numéro de la personne assurée en erreur	1. Si **le numéro d'assurance maladie (NAM) figure** sur la demande de paiement : - vérifier s'il correspond à celui de la carte d'assurance maladie, du carnet de réclamation ou de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. 2. Si **le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas** sur la demande de paiement : 2.1 vérifier s'il s'agit d'un détenteur d'un carnet de réclamation ayant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Si oui, inscrire « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte » avec le code d'intervention et d'exception « MA », «preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge» avec le code d'intervention et d'exception « MB » ou preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi « MB »; Si la « preuve temporaire d'admissibilité » concerne un prestataire à charge de moins d'un an **(lien de parenté = 2)**, vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide. **OU**

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM). Voir section 1.3 « Identification de la personne assurée ».
34	Date de naissance en erreur	1. La **date de naissance** est obligatoire. Vérifier si elle est inscrite sur la demande de paiement. 2. Si oui, vérifier si elle est : - antérieure à la date du service ou si elle y correspond; - en format AAAA (an) MM (mois) JJ (jour) : ex. : 19520528; - une date valide (ex. : le 30 février est une date invalide).
36	Lien de parenté en erreur	1. Le **lien de parenté** est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : - détenteur de carte (valeur par défaut) = valeur 0; - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = valeur 2.
#		Voir section 2.3.3. « Données de facturation - cas régulier - **section C** ».
37	Prénom de la personne en erreur	1. Le **prénom** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
38	Nom de la personne en erreur	1. Le **nom** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
40	Code du sexe de la personne en erreur	1. Le **sexe** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une de ces valeurs F ou 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.
52	Nature de l'ordonnance en erreur	1. La **nature de l'ordonnance** est obligatoire, sauf pour les services suivants : refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement « 1 », opinion pharmaceutique « 3 », pharmacien désigné rémunération mensuelle « S », prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence « 4 », transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 7 » et frais d'emballage des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 8 ». Dans les autres cas, vérifier si la **nature et l'expression de l'ordonnance** sont inscrites sur la demande de paiement avec les valeurs suivantes : - nouvelle ordonnance écrite = N; - nouvelle ordonnance verbale = V; - renouvellement ordonnance écrite = S; - renouvellement ordonnance verbale = R.
#		Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel **- section D** ».

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
54	Nombre de renouvellements en erreur	1. En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).
55	Numéro d'ordonnance en erreur	1. Le **numéro d'ordonnance** est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement. 2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.
56	Code de produit en erreur	1. Le **code de produit (DIN)** est obligatoire, sauf si le service est la transmission d'un profil « 2 », une opinion pharmaceutique « 3 », une prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence « 4 », la transmission de demandes à la suite d'une dérogation-inscription rétroactive « 5 », un transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 7 », un frais d'emballage des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 8 » un service sur appel « A » ou correspond à la rémunération mensuelle à un pharmacien désigné « S ». Pour ces services, aucun code DIN ne doit être inscrit sur la demande de paiement. Pour tous les autres services, vérifier si le **code de produit (DIN)** est inscrit tel qu'indiqué dans la *Liste de médicaments*. 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 DIN du produit autorisé** par la Régie pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens. **OU** 2.2 Informer la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la Régie et que son médecin doit en faire la demande à la Régie. 3. Vérifier si le **format d'acquisition** correspondant au **code DIN** inscrit sur la demande de paiement figure dans la *Liste de médicaments*.
#		3.1 S'il s'agit d'un médicament de la mesure du patient d'exception, le format d'acquisition doit être absent.
57	Code de service en erreur	1. Le **code de service** est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement et qu'il correspond bien à ceux du *Manuel des pharmaciens*.
#		Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel - **section D** ».
58	Quantité en erreur	1. Lorsqu'un code DIN est inscrit sur la demande de paiement, la **quantité du produit** est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants :
#		- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1, 2, 3, 4, 7, 8, S; 2. Lorsque le pharmacien facture le format complet du contraceptif oral d'urgence, la quantité réclamée ne doit pas excéder la quantité du format du médicament.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		3. En présence du code de service 5 (transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive), la quantité doit être supérieure à 0; elle doit correspondre au nombre de demandes de paiement transmises rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours.
59	Durée du traitement en erreur	1. En présence d'un code DIN, la **durée du traitement** est obligatoire, sauf pour les services suivants :
#		- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1, 2, 3, 4, 7, 8, S;
#		2. La **durée du traitement,** pour un médicament dispensé sous la forme d'un pilulier servi selon la règle 24 doit être égale à 28 jours ou moins.
		3. Le code d'intervention/exception « UI » (pharmacie désignée contactée ou non) est inscrit sur la demande de paiement, le numéro du pharmacien désigné n'y est pas inscrit, le format du médicament est divisible, mais la **durée du traitement** est supérieure à 5 jours. S'il s'agit d'une pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 5 jours, inscrire le code d'intervention/exception « VE » sur la demande de paiement. Voir la Règle 26 b) de l'Annexe II de l'Entente.
		4. Le code d'intervention/exception « MT » (pour indiquer une pharmacothérapie initiale) est inscrit sur la demande de paiement mais la **durée du traitement** est différente de celle permise : - s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (**nature et expression = N ou V**), la durée du traitement doit être égale à 7 jours; - s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance **(nature et expression = S ou R)**, la durée du traitement doit être égale ou supérieure à 21 jours. Voir la Règle 15) de l'Annexe II de l'Entente.
		5. La **durée de traitement** inscrite sur la demande de paiement excède 365 jours. Pour fins de calcul de la contribution, vous ne devez pas transmettre une demande de paiement dont la durée de traitement dépasse un an. Veuillez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
		6. La **durée de traitement** pour un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente ne doit pas excéder 30 jours pour le code EO et 90 jours pour le code EB.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
60	Type de prescripteur en erreur	1. Le **type de prescripteur** est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : - médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec (51); - optométriste du Québec (52); - podiatre du Québec (53); - sage-femme du Québec (54); - dentiste du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (55); - pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (56); # - infirmier praticien spécialisé inscrit à son Ordre (57) - prescripteur hors du Québec non inscrit à la Régie (99). # Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel ».
61	N^{o} 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 (6 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement. 3. Si le type de prescripteur est 56, vérifier si le **numéro du prescripteur** est égal au numéro du pharmacien instrumentant.
62	Code de sélection en erreur	1. Vérifier si le **type de sélection** inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes : - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » inscrit de sa main = 1; - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3. # Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel ».
63	Type de service en erreur	1. Vérifier si le **type de service** inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues. # Voir sections 2.3.4.1 « Médicament magistral », 2.3.4.24 « Thérapie parentérale », 2.3.4.25 « Mise en seringue de solution de chlorure de sodium » ou 2.3.4.26 « Préparation de solution ophtalmique ».
65	Code d'intervention/exception en erreur	1. Vérifier si le **code d'intervention/exception** inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service. # Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel »
66	Coût médicament/fourniture en erreur	1. Vérifier si le **coût du médicament, du produit ou de la fourniture** est inscrit sur la demande de paiement. Si oui, inscrire le **code du médicament, du produit (DIN) ou de la fourniture** sur la demande de paiement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
68	Frais de service en erreur	1. Vérifier si les **frais de service** inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique. Voir section 7 - « Tarif ».
76	N^{O} 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.
#**80**	Code de service incompatible pour le nombre de DINs réclamés	1. Vérifier le service rendu. S'il s'agit d'une préparation magistrale, soumettre toutes les composantes du médicament magistral.
#**81**	Préparation magistrale non assurée	1. Vérifier les médicaments transmis selon le type de médicament magistral facturé.
#**82**	DIN ****** déjà transmis sur la même demande de paiement	1. Vérifier les composantes du médicament magistral.
#**83**	Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN ********	1. Le code de l'indication reconnue transmis n'est pas compatible avec le médicament facturé. Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
#**84**	L'autorisation a pris fin le SSAAMMJJ, traitement non répétitif	1. Il s'agit d'un médicament d'exception autorisé pour une période limitée en vertu de l'indication de paiement en vigueur. L'autorisation ne peut donc pas être renouvelée. La personne assurée pourra vérifier auprès du médecin prescripteur quelle démarche conviendra le mieux à sa situation.
#**90**	Date de transaction en erreur (♦)	1. La **date de transaction** est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : AA0701. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur de logiciel.
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le **numéro d'ordonnance de départ** est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le **numéro d'ordonnance de fin** est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, ne rien inscrire dans ce champ.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
3A	Code d'intervention (3-4) en erreur	1. Vérifier si le **code d'intervention/exception supplémentaire** est en vigueur à la date des services (3e ou 4e code d'intervention/exception inscrit sur la demande de paiement).
#		Voir section 2.3.3.2 « Ordonnance et service professionnel ».
5A	Source d'approvisionnement en erreur	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 de médicaments***. Voir la ***Liste de médicaments***, Renseignements généraux, Annexe III, section C, grossistes en médicaments reconnus par le ministre.
5B	No. de pharmacie désignée en erreur	1. Vérifier si le **numéro de la pharmacie désignée** inscrit sur la demande de paiement correspond au numéro de la pharmacie contactée. Voir section 1.2.1.1.B « Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments ». 2. Vérifier si à la **date de service**, un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire. NOTE : Le **numéro de pharmacie désignée** doit être inscrit lorsqu'un service est rendu en urgence par un pharmacien autre que celui désigné si la pharmacie désignée a été rejointe. Le code d'intervention/exception « pharmacien désigné contacté ou non » « UI » doit être inscrit sur la demande de paiement.
#		Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».
5C	Format d'acquisition en erreur	1. Vérifier si le **format d'acquisition** inscrit sur la demande de paiement est numérique.
5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	1. Vérifier si la **date de fin de validité** inscrite sur la demande de paiement : - est après la date du service ou y correspond; - est en format AAAA (an) MM (mois) JJ (jour) - ex. : 20AA0728; - est une date valide (ex. : le 30 février est une date invalide). # - est avant la date de service et il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Entente. Le code d'intervention ou d'exception EO doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.30 « Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente ». 2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement = 99. Si oui, s'assurer que la date de fin de validité est valide et dans le bon format.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
A1 #	Demande de paiement trop ancienne	Vérifier si le délai de soumission 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 = 070701 moins (-) 99 jours = 070324; l'intervalle des dates de service acceptables = AA0324 au 070701.
A2	Demande de paiement supérieure date du jour	1. S'assurer que la **date de service** est antérieure 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. Si oui, resoumettre la demande de paiement avec le bon médicament, s'il y a lieu. 2. Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif. # Voir section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ». 3. Le **même médicament**, (même dénomination commune, format et teneur) à une même date de service a déjà été payé deux fois dont au moins une fois avec un code spécifiant une raison de renouvellement hâtif. 4. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (**code de service = S**) est payable pour un prestataire par mois. Voir l'article 4.01 de l'Entente particulière concernant le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments. # 5. 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. # 6. 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. # 7. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée.
A8	Demande de paiement à annuler absente	1. Selon les renseignements reçus, aucune demande de paiement à annuler n'a été identifiée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler : - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 MTS ou de la tuberculose, inscrire un des codes de programme suivants : - traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L - traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L. # Voir section 2.3.4.15 - Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ou section 2.3.4.16 - Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophilaxie et le traitement de la tuberculose. 2. La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la Régie et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).
C8	Personne non admissible	1. Vérifier **la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM)** sur la demande de paiement avec la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité. 2. S'il s'agit d'un détenteur d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, s'assurer qu'un des codes d'intervention/exception suivants est inscrit : - preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA » **OU** - preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».
C9	Personne non couverte par ass. méd.	1. Il s'agit d'un prestataire d'assistance-emploi dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » et dont la carte d'assurance maladie n'est pas valide. C'est un revendicateur du statut de réfugié. Il est couvert par le gouvernement fédéral (Programme de santé intérimaire). 2. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		3. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain. 4. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.
D1	Code de produit non payable	1. Un adjuvant, un solvant ou un véhicule n'est pas payable s'il est réclamé seul, sauf si l'ordonnance a été autorisée par la Régie dans le cadre de la mesure du patient d'exception ou en considération spéciale par le Service de l'expertise pharmaceutique. Vérifier si le **code DIN** est exact.
D2	Code de produit qui n'est plus assuré	1. Vérifier si le **code DIN ou le format d'acquisition** du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.
D3	Prescripteur non admissible	1. Vérifier si le **numéro du prescripteur** correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2 En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le prescripteur doit être un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement. 3 En présence du code de service 1 (refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement) ou 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.
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : ******	1. Au dossier de la personne assurée à la Régie, le **nombre de renouvellements** de cette ordonnance est égal à 0 ou la date de fin de validité de l'ordonnance est atteinte (ordonnance expirée). # - il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente : inscrire le code d'intervention / exception EO ou EB (référence, point 2.3.4.30 de l'onglet « communication interactive »). ***Remarque :*** La Régie accepte un seul renouvellement supplémentaire. - en cas d'erreur, pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité : utiliser le code d'intervention / exception MG (référence, point 2.3.4.20, de l'onglet « communication interactive » de votre manuel). - sinon : une nouvelle ordonnance est requise. 2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution **(code de service = 1)** : aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de MTS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		4. Le renouvellement d'une ordonnance pour un médicament narcotique n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
		5. Le renouvellement de la contraception orale d'urgence prescrit par le pharmacien n'est pas payable. Vérifier la nature/expression de l'ordonnance ou le numéro du prescripteur.
D6	Montant total supérieur à 1 000 $	1. Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 $, inscrire le code d'intervention/exception propre à cette situation « MP ».
#		Voir section 2.3.4.22 « Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 $ ».
D7	Renouvellement hâtif NCE : ******	1. S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention/exception sur la demande de paiement.
#		Voir section 2.3.4.19 « Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) ».
E1	Traitement en erreur	1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	1. Vérifier la valeur inscrite sur la demande de paiement concernant le **lien de parenté**. S'il s'agit d'une personne à charge de moins d'un an, la date de naissance doit être inférieure à un an par rapport à la date de service.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
CT	PAE non autorisé à cette pharmacie	1. Vérifier si le numéro de votre pharmacie figure sur le carnet de ce prestataire. Si non, et s'il s'agit d'une situation d'urgence, suivre les instructions prévues.
#		Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».
#**DE**	Délai de facturation dépassé NCE :******	1. Selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente, ce renouvellement d'ordonnance ne peut être exécuté après 30 jours de la fin de traitement prévue au dernier service pour une ordonnance non renouvelable ou un renouvellement dont le nombre est atteint. La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit : - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 30 jours;
#		2. Selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente, ce renouvellement d'ordonnance ne peut être exécuté après 90 jours pour un format divisible advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession. La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit : - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 90 jours;
#**DH**	Frais de service ajustés	1. Selon le code de service, si l'écart est de 0,54 $, 0,86 $ ou 0,89 $ (à partir du 1er avril 2007), cela indique que le plafond de 36 500 ordonnances est atteint et que les **frais de service** sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente). 2. Après **vérification des tarifs** (voir section 7 « Tarif » du présent manuel), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le fournisseur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
DJ	Coût du produit ajusté	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 fournisseur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
DX	Autorisation requise pour l'ordonnance	1. Pour un médicament d'exception ou pour un médicament visé par la mesure du patient d'exception, vérifier auprès de la personne assurée à quelle date la demande d'autorisation a été transmise à la Régie. Un délai de 2 jours ouvrables à partir de la date de réception à la Régie est nécessaire pour évaluer une demande d'autorisation. Si le délai est plus grand, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#		Voir section 2.3.5 « Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie »

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		3. Pour une situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#		Voir section 2.3.4.19 « Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) »
		4. Pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#		Voir section 2.3.5.3 « Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée ».
		5. Pour les frais de transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques qui excèdent 25,00 $, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#		Voir section 2.3.4.29 de l'onglet Communication interactive.
		6. Dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#		Voir section 2.3.4.29 de l'onglet Communication interactive.
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	1. Il y a une **erreur d'inscription du ou des codes d'intervention/exception** sur la demande de paiement. Se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
#**EJ**	Date prévue de renouvellement AAAA/MM/JJ	1. Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la Régie a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de **calcul de cette date** sont définies à la section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement ». NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
EK	Ordonnance de longue durée; XXX jours	1. Il s'agit d'une **ordonnance de longue durée** pour laquelle la Régie a perçu plus d'une contribution. Le nombre de jours inscrit dans le message correspond à la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#**ES**	Service sur appel déjà payé NCE: ******	1. Ce message est conséquent à ce qu'une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturé dans la même journée. Cependant, s'il s'avère qu'un déplacement supplémentaire a été effectué au cours de la même journée, vous devez transmettre cette demande de paiement avec le code d'intervention / exception : FB
#**FP**	Forme pharmaceutique non permise pour ce code de service	1. Lorsque le **code de service est N** (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique), la forme pharmaceutique du médicament inscrit sur la demande de paiement doit être une forme orale solide.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
HF	Autorisation prendra fin le AAAA/MM/JJ	1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la **date de fin de l'autorisation** est égal ou inférieur à 60 jours et qu'aucune nouvelle autorisation n'a été accordée à cette personne assurée pour le médicament visé. Informer la personne assurée pour qu'elle entreprenne les démarches nécessaires auprès de son professionnel de la santé afin d'éviter les inconvénients d'un arrêt du paiement par la Régie.
#		NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#		2. Il s'agit d'un médicament d'exception (groupe bénéfice = 41) transmis avec un code d'indication reconnue à période limitée et illimitée, l'écart entre la date de service et la date de fin du code d'indication reconnue est <= 60 jours.
#**KF**	Quantité autorisée dépassée	1. Ce message paraît pour la mesure du patient d'exception ou pour un médicament d'exception. La quantité de médicaments inscrite sur la demande de paiement additionnée aux quantités déjà payées ne doit pas dépasser la **quantité totale autorisée** par la Régie et mentionnée sur la lettre d'autorisation transmise à la personne assurée.
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : ******	1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention/exception correspondant « MT » est inscrit sur la demande de paiement, car le **nombre de renouvellements** devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale.
#		Voir section 2.3.4.7 « Initiation d'une pharmacothérapie ».
		2. Pour modifier le **nombre de renouvellements** inscrit par erreur sur la demande de paiement de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention/exception « MG » et corriger le nombre de renouvellements restant sur la demande de paiement.
#		Voir section 2.3.4.20 « Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité ».
#**KJ**	Date de fin de validité expirée NCE : ******	1. Vérifier s'il n'y a pas une erreur dans l'inscription de la date de service ou de la **date de fin de validité**, car la date de service doit être antérieure à la **date de fin de validité** sauf s'il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Entente. Pour cette situation, le code d'intervention ou d'exception EO ou EB doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente. Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception «MG» sur la demande de paiement.
#		Voir section 2.3.4.20 « Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité ».

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KO	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre **code de preuve temporaire d'admissibilité** dans le même mois. Vérifier la situation de la personne à savoir : preuve d'admissibilité comme **PAE** adulte (code **MA**) preuve d'admissibilité comme **PAE** à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code **MB**) Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 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'assistance-emploi (PAE) n'a jamais été confirmé. Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
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/exception pertinent à la situation. # Voir section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) ». 2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	1. Le **code d'intervention/exception** « MB » est inscrit sur la demande de paiement et la personne a 65 ans et plus (PAE adulte). Modifier le code d'intervention/exception pour « MA ».
LS	Durée de traitement admissible XXX jours	1. La **durée de traitement** totale au cours d'une période de 12 mois consécutifs pour un traitement antitabagique pour l'ensemble des pharmacies, ne doit pas dépasser 84 jours. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée. # 2. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas la période maximale permise (établie à 90 jours) de plus de 30 jours (code d'intervention ou d'exception EB).
LT	Période permise dépassée NCE : ******	1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une **période** de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement. 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1er 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1er 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 : ***	1. La **quantité** de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique au cours d'une période de 12 mois consécutifs est de 840 gommes, pour l'ensemble des pharmacies. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de gommes résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.
#**LY**	Aucun méd. permis pour ce code de service	1. En présence des **codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A, S**, aucun DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans DIN ou vérifier le code de service.
MY	Service déjà payé autre pharmacie NCE : ******	1. 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/ exception expliquant la raison. # Voir section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ». 2. **Le même médicament** (même dénomination commune, forme et teneur) à une même date a déjà été payé deux fois dont au moins une fois avec un code spécifiant une raison de renouvellement hâtif.
NF	Quantité en erreur vs durée traitement	1. Vérifier les cas suivants : # • s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la **quantité maximale** journalière, inscrire le code d'intervention/exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » « MQ ». Voir section 2.3.4.21 « Dépassement de la quantité maximale journalière »; # • s'il s'agit de la facturation d'un format complet d'un contraceptif pour la pilule du lendemain, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pilule du lendemain » « PL ». Voir section 2.3.4.14 « Pilule du lendemain »; # • s'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pré-autorisation téléphonique a été obtenue de la Régie » « CS ». Voir section 2.3.5.3 « Considération spéciale ». NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NG	Substitution et nature ord. incompatibles	1. Vérifier le **type de sélection** : - si le choix du prescripteur est de ne pas substituer, vérifier si la **nature et l'expression de l'ordonnance** inscrite sur la demande de paiement indique qu'il s'agit d'une nouvelle ordonnance **écrite** ou du renouvellement d'une ordonnance **écrite**. NOTE : Lorsque le choix du prescripteur est de ne pas substituer, l'ordonnance (nouvelle ou renouvellement) doit être écrite.
NH	Quantité en erreur - format indivisible	1. Vérifier dans la *Liste de 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 pour une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la Régie.
#**NI**	Un seul code de service est permis	1. S'assurer qu'un seul **code de service** est transmis en tout temps.
NK	Service requiert un type de service	1. Vérifier si le **code de service** correspond à la préparation d'un médicament magistral, d'une thérapie parentérale, d'une mise en seringue de solution de chlorure de sodium ou à la préparation d'une solution ophtalmique.
#		Si oui, le **type de service** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.4.1 « Médicament magistral », 2.3.4.24 « Thérapie parentérale », 2.3.4.25 « Mise en seringue de solution de chlorure de sodium » ou 2.3.4.26 « Préparation de solution ophtalmique ».
NM	Service et classe de produit incompatibles	1. Vérifier si le **code de service** correspond à une ordonnance de supplément diététique. Si oui, le **code DIN** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la *Liste de médicaments* ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation. 2. Vérifier si le **code de service** correspond à la fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables, à la fourniture d'une chambre d'espacement ou à la fourniture de masque. Si oui, le **code DIN** inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la *Liste de médicaments* à la section « Fournitures ». 3. Vérifier si le **code de service** correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le code DIN inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHF 68:20:08 de la *Liste de médicaments*.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NN	Service et code d'intervention incompatibles	1. Vérifier si le **code de service** est pour un refus d'exécuter une nouvelle ordonnance ou son renouvellement, ou pour une opinion pharmaceutique. Si oui, indiquer la raison du refus ou le type d'opinion pharmaceutique en utilisant un des **codes d'intervention/exception** prévus à cette fin.
#		Voir sections 2.3.4.4 « Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement » ou 2.3.4.5 « Opinion pharmaceutique ».
		2. Vérifier si le **code de service** est pour un pharmacien désigné - rémunération mensuelle. Si oui, s'assurer que le **code d'intervention/exception** correspondant à « pharmacie désignée contactée ou non : UI » n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.
#		Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».
#		3. Vérifier si le code de service est pour un frais de transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques. Si oui, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence. Voir section 2.3.4.29 de l'onglet Communication interactive.
NO	Service requiert personne sous surveillance	1. Vérifier si le **code de service** est celui requis pour la rémunération mensuelle d'un pharmacien désigné. Si oui, s'assurer que le **code d'intervention/exception** n'est pas « Pharmacie désignée contactée ou non : UI » puisque ce code est utilisé seulement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.
		2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.
#		Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».
NP	Service non valide personne sous surveillance	1. Vérifier s'il s'agit d'un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service pour qui vous êtes le pharmacien désigné. Si oui, le **code de service** de refus d'ordonnance ne peut être utilisé puisque ce service est non payable pour un prestataire soumis au mécanisme de surveillance.
		Voir Règle 9 de l'Annexe II de l'Entente.
#**NQ**	Médicament non permis en pharmacothérapie initiale	1. Le **médicament** inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Il doit faire partie de l'Annexe VI de l'Entente.
NR	Médicament non permis en pilulier	1. Le **médicament** inscrit sur la demande de paiement n'est pas payable lorsqu'il est facturé en pilulier en raison de sa forme pharmaceutique.
#**NT**	Pharmacothérapie initiale non permise NCE : ******	1. Le **médicament** inscrit sur la demande de paiement et facturé en pharmacothérapie initiale (code d'intervention/ exception = MT), a déjà été payé pour cette personne assurée au cours des 24 derniers mois. Voir le deuxième alinéa de la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
OP	Service précédent servi en pilulier NCE******	1. Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 7 jours, facturée avec des honoraires réguliers (code de service O), pour laquelle on retrouve dans les 30 derniers jours, le même médicament facturé en pilulier (code de service P). S'il s'agit d'un médicament fourni sous la forme d'un pilulier, annuler cette demande de paiement et transmettre une nouvelle demande de paiement avec le code de service P. Sinon, veuillez ignorer ce message. Remarque : ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.
OV	Ordonnance verbale non permise	1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la ***Loi réglementant certaines drogues et autres substances***, au ***Règlement sur les stupéfiants*** et au ***Règlement sur les drogues contrôlées***, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.
OW	Renouvellement verbal non permis	1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la ***Loi réglementant certaines drogues et autres substances***, au ***Règlement sur les stupéfiants*** et au ***Règlement sur les drogues contrôlées***, le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.
PA	Médicament non permis pour le type de prescripteur	1. Le **médicament** inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
PC	Service non permis pour ce prescripteur	1. La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence n'est pas permise pour ce prescripteur. Vérifier l'admissibilité de ce prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
QG	Médicament inadmissible à ce programme	1. Vérifier s'il s'agit bien d'un **médicament visé par les programmes « MTS »** ou **« Tuberculose »** inscrit à l'Addendum de la ***Liste de médicaments***.
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 9 999,99 $. Vérifier le **code DIN**, le **format d'acquisition** et la **quantité** du médicament.
RM	Maximum quotidien dépassé NCE : ******	1. Le message contient, à titre informatif, le NCE correspondant à l'opinion pharmaceutique déjà payée à votre pharmacie par la Régie, le jour même, pour la même personne assurée.
#**RN**	Maximum annuel dépassé NCE : ******,******	1. Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions sur l'inobservance (de même type) déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.

3. DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Remarque : Aucune demande de remboursement ne doit être remplie pour des services non assurés et pour des personnes non admissibles selon les critères définis à l'onglet « Personnes assurées ».

La « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 3621), tout comme la demande de paiement en communication interactive, est basée sur la norme de la Canadian Pharmaceutical Association. Les noms des champs à remplir dans la demande de remboursement sont donc apparentés à ceux de la demande de paiement à transmettre par voie interactive. De plus, les exigences contenues dans les instructions de facturation de la demande de paiement et dans les renseignements sur les catégories de personnes assurées, décrites dans les sections antérieures du présent manuel, s'appliquent aussi à la demande de remboursement.

Ce formulaire est utilisé dans les situations décrites à la section 1.3 « Identification de la personne assurée », comme, par exemple, dans les cas où une personne ne peut présenter son carnet de réclamation, etc., afin qu'elle puisse obtenir le remboursement d'un service assuré qu'elle a payé. **La personne doit payer le coût total du service pharmaceutique.** La Régie déduira du montant de son remboursement, les montants pour la franchise et la coassurance qu'elle doit assumer, s'il y a lieu, selon l'état cumulatif de ses contributions du ou des mois en cause.

Une personne n'ayant pas déclaré au pharmacien qu'elle était assurée au Régime d'assurance médicaments peut se faire rembourser le coût des médicaments et des services professionnels, à la condition que les services pharmaceutiques lui aient été fournis dans les trois mois précédant sa demande de remboursement au pharmacien.

La « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 3621) comporte deux sections, une qui doit être remplie par le pharmacien et l'autre par la personne assurée. Celle-ci doit la signer et la faire parvenir à la Régie.

3.1 GUIDE DE RÉDACTION DE LA PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN

3.1.1 Généralités

Cette partie sert à transmettre à la Régie les données relatives à l'identification de la personne assurée, du prescripteur, du pharmacien qui a rendu le service et au service pharmaceutique proprement dit.

\# Pour plus de détails sur la nature de l'information et la forme sous laquelle elle doit être inscrite dans chacun des champs de la demande de remboursement et les particularités se rapportant à chaque type de service, il faut se reporter aux instructions fournies à la section 2.3 « Transaction de la demande de paiement du pharmacien » au point 2.3.3.2 intitulé « Ordonnance et service professionnel ».

Remarque : La case TYPE MAGISTRALE 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.

Le pharmacien doit :

1. **Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en indiquant son numéro d'inscription à la Régie (6 chiffres) ainsi que tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation qui seront inscrits par la personne assurée).

2. **Remettre à la personne;**
   . l'exemplaire de la Régie;
   . sa copie;
   . une enveloppe-réponse.

3. **Conserver sa copie** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Lorsque des renseignements additionnels sont requis, le pharmacien doit répondre dans un délai de 30 jours, à défaut de quoi la Régie refusera de rembourser ou remboursera la personne assurée selon les renseignements fournis sur la demande de remboursement. La Régie enverra un avis à la personne assurée pour l'informer qu'elle a demandé des renseignements additionnels.

3.1.2 Formulaire « DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE »

(Formulaire n°3621)

Formulaire « DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE » 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 support aux pharmaciens (voir l'onglet « Communication interactive », section 2.1).

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué aux deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du pharmacien visé à l'entente ou par dépôt direct.

Le 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 automatique » n° 2914 sous l'onglet « Manuels et formulaires », section 8.2).

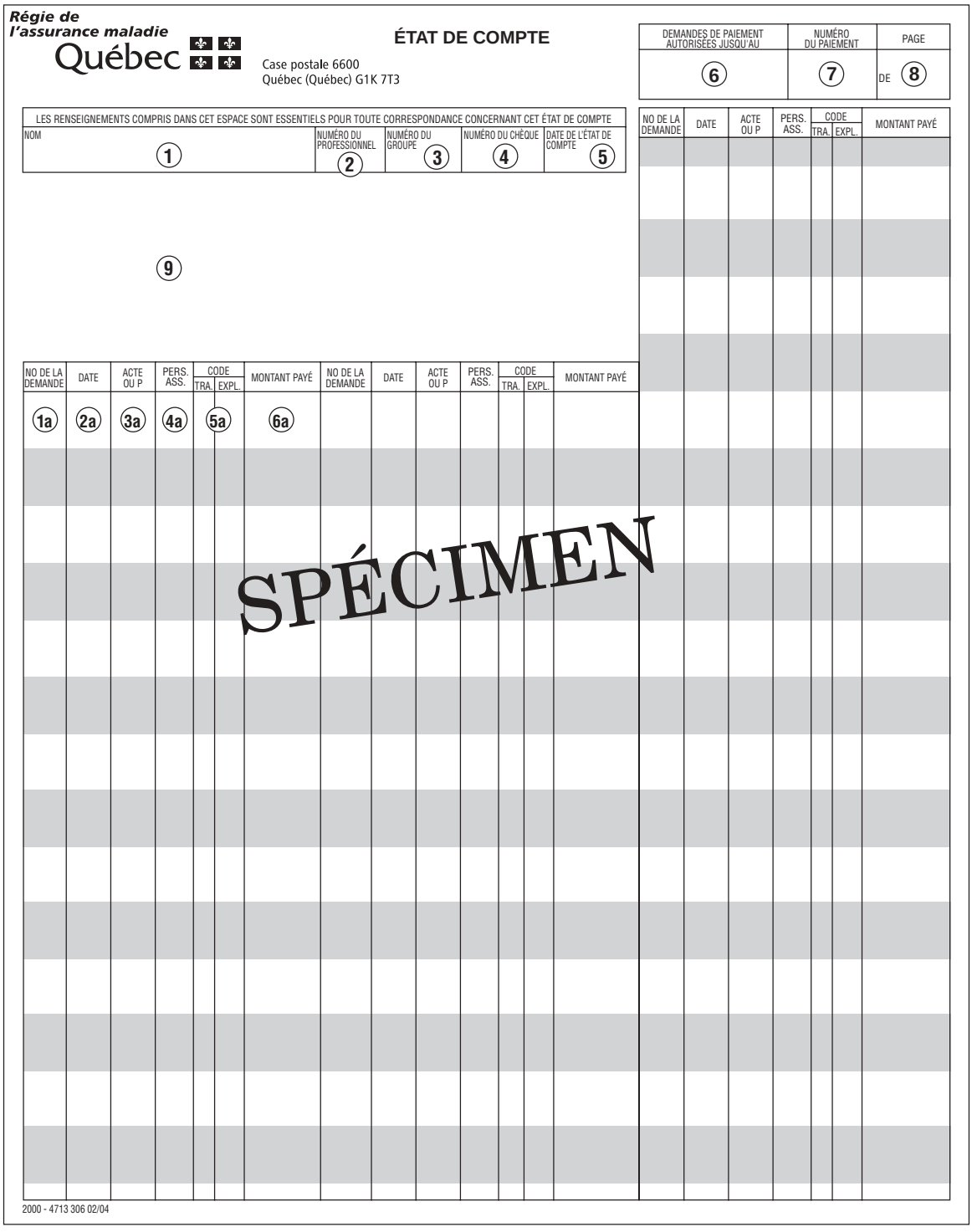
Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 $. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

La Régie fait le paiement dans les 15 jours suivant l'autorisation d'une **demande de paiement**.

4.3 ÉTAT DE COMPTE

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



Régie de l'assurance maladie
Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
(6)	(7)	DE (8)

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DU CHÈQUE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

(9)

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA.	CODE EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA.	CODE EXPL.	MONTANT PAYÉ
(1a)	(2a)	(3a)	(4a)	(5a)		(6a)							

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA.	CODE EXPL.	MONTANT PAYÉ

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 : Le numéro du chèque ou du 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 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 Régie jusqu'à cette date limite figurent sur l'état de compte.

\# **7.** NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro indique le numéro de la semaine de paiement et peut occasionnellement servir de référence.

8. PAGINATION : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte.

9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le pharmacien ou la société de pharmaciens.

4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

1a. DEMANDE : Numéros de contrôle des demandes de paiement. Les 4 derniers chiffres seulement sont inscrits. Cependant, l'ordre d'impression sur l'état de compte se fait par les 6 chiffres. Par exemple, le numéro 100001 pourra figurer à la fin de l'état de compte avec le numéro 0001.

\# **2a.** DATE : **Date de service inscrite sur la demande de paiement**. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : 30 juillet 2007 = 070730 i.e. 07 pour les deux derniers caractères de l'année, 07 pour juillet et 30 pour le quantième.

3a. ACTE ou P : Rien n'est inscrit dans cette colonne.

4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom, le cas échéant.

5a. CODE : Numéros correspondant à la nature de la transaction (TRA) et à un message approprié (EXPL). Voir 4.3.4.

6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de l'annulation. Voir 4.3.3.

4.3.1.3 Sommaire

Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale, s'il y a lieu;
- montant de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net ou solde à reporter, selon le cas.

4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie le remboursement du montant que le pharmacien lui a réclamé, parce qu'elle n'a pu fournir la preuve (carte d'assurance maladie) de son inscription à la Régie ou le carnet de réclamation (prestataire d'un programme d'aide de dernier recours).

Elle comporte une énumération des demandes de remboursement traitées. Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les mêmes que ceux décrits à 4.3.1.2.

4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir 4).

4.3.3 Règlement des demandes de paiement

4.3.3.1 Demande de paiement autorisée

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie correspond à celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie est **différent** de celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte avec le code de transaction **« TRA » 02**.

4.3.3.2 Demande de paiement annulée

Dans le cas d'une demande d'annulation faite par le pharmacien, le montant récupéré par la Régie est indiqué à l'état de compte avec le code de transaction **« TRA » 21**.

4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée

Le pharmacien qui désire modifier une demande de paiement déjà payée doit l'annuler et, s'il y a lieu, en soumettre une nouvelle.

Voir procédures sous l'onglet : « Communication interactive », section 2.4.

4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation

Pour les modalités d'application en communication interactive, voir la section 2.4 sous l'onglet « Communication interactive ».

4.3.3.5 Délai pour demander une révision

Le pharmacien peut contester une demande de paiement autorisée en effectuant une demande de révision selon les modalités établies par la Régie.

Le délai pour demander une révision est de **90 jours**; il court à partir de la date d'autorisation de la demande de paiement visée.

5. ENTENTE

ENTENTE
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE
ENTRE
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS
PROPRIÉTAIRES
ET
LE MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

INDEX

Page

ARTICLE 1
RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION **4**

ARTICLE 2
OBJETS **4**

ARTICLE 3
COTISATION SYNDICALE **4**

ARTICLE 4
PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION **5**

ARTICLE 5
FACTURATION **5**

ARTICLE 6
PAIEMENT **5**

ARTICLE 7
DIFFÉREND ET ARBITRAGE **7**

ARTICLE 8
LA LIBERTÉ PROFESSIONNELLE **8**

ARTICLE 9
BONNE FOI **8**

ARTICLE 10
CONSULTATIONS **8**

ARTICLE 11
MODIFICATION DE L'ENTENTE **8**

ARTICLE 12
COMITÉ SPÉCIAL **9**

ARTICLE 13
INFORMATION SUR LES MODIFICATIONS DES PRIX MAXIMUM DES MÉDICAMENTS **9**

ARTICLE 14
ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE **9**

ARTICLE 15
ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE **9**

ANNEXE I
LISTE DES MÉDECINS **9**

ANNEXE II
RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF **10**

ANNEXE III
TARIFS *(voir onglet Tarif)* **19**

ANNEXE IV
FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT **19**

Page

ANNEXE V
FORMULE DE DIFFÉREND **20**

ANNEXE VI
PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE **21**

ANNEXE VII
LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE **23**

ANNEXE VIII
CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES. **25**

LETTRES D'ENTENTE
N^{O} 1. . . . . **26**
N^{O} 2. . . . . **26**
N^{os} 3 et 4 . . . . . **27**
N^{os} 5 et 6 (Abrogées)

ARTICLE 1
RECONNAISSANCE ET CHAMP D'APPLICATION

1.01 Le Ministre reconnaît l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires comme la représentante exclusive des pharmaciens propriétaires de pharmacie et inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens aux fins de la conclusion et de l'application d'une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

1.02 Cette reconnaissance vise également tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des pharmaciens et dont le nom apparaît à l'Annexe I de la présente entente ou qui obtient, après la signature de cette entente, un permis en vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.

Dans ce dernier cas, la reconnaissance prend fin dès l'ouverture d'une pharmacie dans la municipalité ou le territoire visé par le permis.

1.03 Cette reconnaissance ne s'étend pas au pharmacien employé par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

1.04 La présente entente oblige toute personne qui tombe sous le coup de la reconnaissance ci-haut décrite.

\+ **1.05** Sous réserve de l'article 1.03, aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'entente ne peut intervenir entre un pharmacien et soit le Ministre, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou un établissement.

Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.

\+ **1.06** Une lettre d'entente convenue entre le Ministre et l'Association fait partie intégrante de l'entente.

\+ **1.07** L'entente ne confère à aucun pharmacien le statut de fonctionnaire dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments et ses dispositions ne limitent pas l'exercice de la pharmacie.

\+ **1.08** Le Ministre reconnaît à tout pharmacien le droit d'être accompagné par un représentant désigné par l'Association lors de la présentation d'un différend ou lors de toute rencontre avec un représentant de la Régie.

ARTICLE 2
OBJETS

2.01 Sont objets de négociation entre les parties les sujets suivants:

\+ a) la rémunération et les modalités de rémunération des services du pharmacien dispensés dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments ;

b) les règles d'application et d'interprétation du tarif;

c) les exigences particulières à la prestation d'un service assuré;

d) les règles et mécanismes d'interprétation et d'application des dispositions de l'entente et de ses modifications.

\+ e) la compensation de tâches administratives effectuées par un pharmacien ou toute personne autorisée par la Loi sur la pharmacie, dans le cadre du régime général d'assurance médicament.

ARTICLE 3
COTISATION SYNDICALE

3.01 L'Association informe la Régie, en novembre de chaque année, sous pli recommandé, de la cotisation et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation et ces modalités doivent être les mêmes pour tous les pharmaciens et se conformer à une des modalités suivantes, ou à une combinaison de ces modalités :

a) un montant fixe par pharmacien;

b) un montant fixe par pharmacie;

c) un pourcentage du montant payé à un pharmacien par la Régie;

d) un pourcentage du montant payé à une pharmacie par la Régie;

e) un montant fixe par ordonnance payée à un pharmacien par la Régie;

f) un montant fixe par ordonnance payée à une pharmacie par la Régie.

Le prélèvement commence trente (30) jours après la réception de cet avis. Cependant, si les modalités choisies sont celles décrites aux alinéas b), d), e) et f) le prélèvement commence dans les six (6) mois après la réception dudit avis.

3.02 La Régie retient à la source la cotisation syndicale ou le montant égal à celle-ci.

3.03 La Régie retient également dans le cadre des paiements faits en vertu du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments selon les modalités prévues à l'article 3.01, l'équivalent de la cotisation syndicale sur les paiements faits à un pharmacien exerçant sa profession hors du Québec.

3.04 La somme des montants ainsi prélevés par la Régie durant un mois est remise à l'Association au cours du mois suivant.

3.05 Cette remise s'accompagne d'un bordereau indiquant la somme versée ainsi que, pour chaque pharmacien couvert par cette entente ou visé par le paragraphe 3.03, le montant prélevé et le total cumulé des montants prélevés à cette date.

3.06 La Régie et l'Association, au moins une fois l'an, comparent leur Liste respective des pharmaciens couverts par cette entente et inscrits à leur fichier.

COTISATION SPÉCIALE

+ **3.07** La Régie retient à la source toute cotisation spéciale décrétée par l'Association, étant entendu que celle-ci doit établir auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux qu'elle y a été dûment autorisée selon ses statuts et ses règlements.

L'Association informe la Régie sous pli recommandé de cette cotisation spéciale et de ses modalités de prélèvement. Cette cotisation spéciale devra être prélevée et remise à l'Association selon les modalités prévues aux articles 3.01 à 3.05 de la présente entente.

La Régie et le Ministre de la Santé et des Services sociaux sont dégagés de toute responsabilité à l'égard de toute poursuite éventuelle découlant du prélèvement et de la remise de cette cotisation spéciale.

ARTICLE 4
PARTICIPATION ET NON-PARTICIPATION

4.01 Un pharmacien peut devenir un professionnel non-participant. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, de la formule prévue à l'Annexe IV et prend effet le trentième (30e) 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 (8e) 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 par règlement et dans le délai établi par la Régie.

5.02 Les renseignements qu'une demande de paiement doit contenir sont limités à ceux prescrits par règlement.

5.03 Une demande de paiement non autorisée par la Régie au motif qu'elle omet l'énoncé d'un renseignement exigé, requiert du pharmacien qu'il en soumette une autre.

5.04 Même si la demande de paiement est autorisée, le pharmacien qui désire modifier les renseignements fournis doit annuler la demande de paiement et, s'il y a lieu, en produire une autre dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de la date de l'autorisation de paiement.

ARTICLE 6
PAIEMENT

6.01 Un paiement est effectué par chèque ou virement de fonds émis à l'ordre du pharmacien ou d'une société de pharmaciens ou par tout autre mode de paiement qui peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

6.02 Dans les quinze (15) jours de la réception d'une demande de paiement, la Régie paie au pharmacien le montant de cette demande. Lorsque le paiement d'une demande de paiement est effectué par virement de fonds, cette transaction s'opère dans les trois (3) jours suivant la date du paiement; la demande de paiement est alors considérée comme ayant été payée à la date du paiement telle qu'indiquée sur l'état de compte.

Tout montant dû et non acquitté sur une demande de paiement porte, à compter du 21e 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 par sur la liste; dans ce cas, la Régie avise préalablement l'Association par courrier recommandé;

d) le pharmacien est décédé;

e) les demandes de paiement du pharmacien font l'objet d'une saisie;

f) en ce qui concerne les honoraires dûs avant la date de la faillite, dans le cas d'un pharmacien qui est en faillite;

g) le pharmacien a quitté le Québec ou a informé la Régie qu'il s'apprête à s'établir en dehors du Québec.

6.07 Le paiement effectué par la Régie en vertu du paragraphe 6.02 n'a pas pour effet de limiter les droits de la Régie, eu égard aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et de l'entente, d'apprécier à posteriori une demande de paiement, de requérir les renseignements exigibles à cette fin et, le cas échéant, d'en réclamer le remboursement.

6.08 Lorsque la Régie exerce compensation en vertu du paragraphe 6.03, le régime de la preuve concernant l'exigibilité d'une demande de paiement n'est pas modifié.

6.09 Lorsqu'elle réclame le remboursement d'un paiement qu'elle prétend indu, la Régie peut opérer compensation dans un délai de trente-six (36) mois de ce paiement,

- si le remboursement réclamé vise une demande de paiement qui ne serait pas exigible en raison de sa duplication, et dans les autres cas,
- si dans les quarante-cinq (45) jours d'un avis envoyé par la Régie au pharmacien, sous pli recommandé, lui indiquant qu'elle entend opérer compensation, celui-ci n'a pas saisi le secrétaire de la Régie d'un avis d'arbitrage, conformément à l'article 7 de l'entente.

La compensation exercée en vertu du présent paragraphe n'a pas pour effet d'empêcher le pharmacien de contester une demande de remboursement au moyen d'un différend soumis conformément aux dispositions de l'article 7 de l'Entente, ni celui de relever la Régie de son obligation de prouver que la demande de remboursement est bien fondée.

ARTICLE 7
DIFFÉREND ET ARBITRAGE

7.01 Les parties conviennent que toute mésentente résultant de l'application ou de l'interprétation de l'entente constitue un différend.

7.02 Tout différend est soumis à la procédure suivante :

Première étape : Le pharmacien qui se croit lésé par suite d'une prétendue violation ou fausse interprétation de l'entente peut, seul ou par l'entremise de l'Association, présenter son différend par écrit au secrétaire de la Régie avec copie au Ministre dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend.

Cet écrit doit contenir un exposé sommaire des faits et du correctif réclamé. Dans les trente (30) jours qui suivent la réception du différend par la Régie, celle-ci donne sa réponse au pharmacien et en transmet une copie à l'Association et au Ministre.

Deuxième étape : Si la réponse de la Régie n'est pas satisfaisante pour le pharmacien ou si aucune réponse n'a été donnée dans le délai prévu, le pharmacien peut, seul ou par l'entremise de l'Association, référer le différend au conseil d'arbitrage en donnant avis à la Régie avec copie au Ministre dans les quinze (15) jours suivant le délai prévu à l'étape précédente.

7.03 L'Association peut elle-même porter un différend au lieu et place d'un pharmacien qui néglige d'exercer son recours, ou lorsque le même différend affecte plus d'un pharmacien, ou encore pour réclamer les droits que lui reconnaît particulièrement l'entente. Un tel différend est soumis aux mêmes délais et à la même procédure qu'un différend présenté par un pharmacien.

7.04 Un différend est présenté, dans la mesure du possible, selon la formule apparaissant à l'Annexe V ou à défaut il comporte les renseignements y mentionnés.

7.05 Tout accord 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 :

Me Louis-B. Courtemanche

Me Gilles Corbeil

À défaut d'entente, Me Gilles Corbeil agit comme président.

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

7.07 L'audition du différend doit débuter 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'un avis contraire écrit sur l'ordonnance de la main du prescripteur et présent lors de l'exécution de l'ordonnance. Cette disposition de la Loi reconnue au pharmacien lui permet notamment d'offrir un plus grand choix de médicaments dans sa pratique courante.

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

ARTICLE 9
BONNE FOI

9.01 Est réputé agir de bonne foi, le pharmacien qui dispense des services, fournitures et médicaments assurés à une personne sur présentation d'une carte d'assurance maladie valide, du carnet de réclamation prévu par la Loi sur l'assurance maladie ou un règlement ou d'une preuve d'admissibilité aux médicaments émise par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

ARTICLE 10
CONSULTATIONS

10.01 Le Ministre convient de consulter l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'entente.

10.02 Le Ministre consulte l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un pharmacien pour les fins de l'article 72 de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements.

10.03 Chaque fois que la Régie entend se prévaloir du deuxième alinéa de l'article 8 de la Loi sur l'assurance médicaments, elle en informe au préalable l'Association par courrier recommandé.

L'Association soumet, s'il y a lieu, ses représentations dans un délai de sept (7) jours de la réception de l'avis de la Régie.

+ **10.04** Toute modification dans les modalités de transport des données de paiement entre la pharmacie et la Régie doit être discutée entre la Régie et l'Association avant d'être mise en œuvre.

ARTICLE 11
MODIFICATION DE L'ENTENTE

11.01 Toute matière relative à l'interprétation de l'entente ou à son application peut faire l'objet de négociation entre les parties.

11.02 Les parties conviennent de négocier toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite de l'adoption de toute loi et de tout règlement ou de tout changement à la législation et à la réglementation.

11.03 Les parties conviennent de négocier aussi toute modification ou addition à la présente entente exigée par suite d'un règlement adopté par l'Ordre des pharmaciens conformément à la Loi sur la pharmacie.

11.04 Les négociations prévues aux articles ci-dessus sont entamées sur avis de l'une ou l'autre des parties et commencent dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de cet avis.

ARTICLE 12
COMITÉ SPÉCIAL

12.01 Le Ministre et l'Association conviennent de former, à la demande de l'un d'eux, des comités ad hoc ayant pour mandat d'étudier tout problème particulier qu'ils jugent bon de leur soumettre.

12.02 Tout comité ainsi formé est composé de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association.

12.03 Le Ministre nomme pour chaque comité un secrétaire qui n'a pas voix délibérative.

12.04 Tout tel comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement.

\+ **12.05** Tout tel comité doit faire rapport au Ministre et à l'Association dans le délai que ceux-ci lui ont fixé.

\+ **12.06** À défaut d'entente entre le Ministre et l'Association quant à la durée du mandat d'un tel comité, celui-ci doit leur faire rapport dans les quatre-vingt-dix (90) jours de sa formation, à la suite de quoi, il est dissout automatiquement. Ce délai peut être prolongé de consentement par les deux parties.

12.07 Chaque partie assume ses propres frais et déboursés encourus lors de l'exécution du mandat d'un tel comité.

ARTICLE 13
INFORMATION SUR LES MODIFICATIONS DES PRIX MAXIMUM DES MÉDICAMENTS

\+ **13.01** Lorsque la publication d'une nouvelle Liste 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**
RENOUVELLEMENT

14.01 Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'entente.

14.02 La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.

14.03 Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

\+ **ARTICLE 15**
ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

15.01 La présente entente entre en vigueur le 1er avril 2007 et se termine le 31 mars 2010.

Les annexes I, II, III, IV, V, VI, VII et VIII font partie intégrante de l'entente.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de mars 2007.

Philippe Couillard
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Normand Bonin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

ANNEXE I
LISTE DES MÉDECINS

\# Aucun

ANNEXE II
RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

RÈGLE 1

Pour fins de rémunération, le coût des services, des médicaments et des fournitures que fournit le pharmacien n'est payable que si les médicaments, les services et les fournitures ont été fournis en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments, de leurs règlements et des dispositions de l'entente, le tout en exécution ou relativement à l'exécution d'une ordonnance valide au sens de la Loi sur la pharmacie, de ses règlements et de toute réglementation régissant la délivrance de médicaments couverts par la Loi des aliments et drogues et par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

\+ **RÈGLE 2 Rémunération des services pharmaceutiques**

La Régie paie au pharmacien le coût des services qu'il a rendus lui-même à une personne assurée ou qui ont été rendus par une personne autorisée par la Loi sur la pharmacie ainsi que le coût des fournitures, des médicaments ou de formules nutritives déterminés par la Loi.

Cependant, quant à toute personne visée par le paragraphe 1.02 de l'entente, le coût des services ne lui est payable par la Régie que si les services ont été rendus par un pharmacien, à son emploi.

Le coût des services inclut notamment les frais de livraison, le cas échéant.

Pour les formules nutritives le seul service applicable est le suivant : délivrance sur ordonnance ou sur renouvellement d'ordonnance de formules nutritives. La rémunération pour ce service est celle prévue au point 2 de l'annexe III.

RÈGLE 3

Le coût des services prévus au tarif est payable pour chaque médicament ou formule nutritive fourni en vertu d'une ordonnance à une personne assurée.

Lorsque pour les fins d'administration d'un médicament assuré un solvant est requis, un seul coût de service est payable pour la fourniture du médicament assuré et du solvant.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet « Communication interactive ».*

+ **RÈGLE 4**

Le coût des services est payable pour le renouvellement d'une ordonnance lorsque le renouvellement est dûment prescrit sur l'ordonnance.

Toutefois, dans le cas de médicaments utilisés de façon continue pour le traitement d'une maladie chronique ou de longue durée identifiable ou portée à l'attention du pharmacien, ainsi que pour le planning familial et la thérapie hormonale de remplacement pour la ménopause :

a) une ordonnance n'indiquant pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint peuvent, exceptionnellement, être renouvelées une fois pour une période maximale de trente (30) jours ou plus si le format est indivisible.

Le renouvellement est alors réputé être un service assuré et traité comme tel pour autant :

- que ce renouvellement survienne dans un délai n'excédant pas trente (30) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale dans le cas où l'ordonnance n'indique pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou celle prévue au dernier renouvellement prescrit lorsqu'il s'agit d'une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint; et
- que le pharmacien ait informé la personne assurée, par une mention à l'étiquette lors du dernier service précédant ce renouvellement supplémentaire, qu'il ne pouvait renouveler l'ordonnance au terme du traitement;

AVIS : *Voir la section 2.3.4.30 sous l'onglet « Communication interactive ».*

b) une ordonnance peut être renouvelée pour une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours, ou plus si le format est indivisible, advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession.

Le renouvellement est alors réputé être un service assuré et traité comme tel pour autant :

- que ce renouvellement survienne dans un délai n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale ;
- que le pharmacien ait informé la personne assurée, par une mention à l'étiquette lors du dernier service précédant ce renouvellement supplémentaire, qu'il ne pouvait renouveler l'ordonnance au terme du traitement ;
- que le motif au soutien du renouvellement de l'ordonnance soit obligatoirement inscrit au dossier patient. Cette note au dossier du patient doit être datée et le pharmacien identifié.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.30 sous l'onglet « Communication interactive ».*

RÈGLE 5

À la suite de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, prestation définie à l'Entente particulière relative au programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, le pharmacien peut prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence conformément aux dispositions des lois et règlements relatifs à la contraception orale d'urgence. Le tarif de l'exécution de l'ordonnance est prévu au point 1 de l'annexe III.

Les services suivants relatifs à une ordonnance de contraception orale d'urgence prescrite par un pharmacien ne donnent droit à aucun paiement :

- Renouvellement de l'ordonnance;
- Refus d'exécuter ou de renouveler l'ordonnance;
- Opinion pharmaceutique adressée à un pharmacien.

Le coût du médicament payable par la Régie aux fins de la contraception orale d'urgence est celui correspondant à la quantité de médicament prescrite requise pour les besoins immédiats de la contraception orale d'urgence. Cependant, lorsqu'une partie seulement d'un produit indivisible de la Liste des médicaments est fournie pour la contraception orale d'urgence, le coût du format complet du produit peut être payable en autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la nature de son conditionnement.

RÈGLE 6

Dans le cas de refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance par un pharmacien, la Régie paie au pharmacien pour un motif d'ordre thérapeutique ou pour une ordonnance falsifiée, le coût des services prévu au point 3 de l'Annexe III, pourvu que :

a) le refus vise un médicament assuré;

b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien;

c) l'ordonnance refusée ou son fac-similé soit versé à son registre.

\+ Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.4 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. represcription d'un médicament) ne donne droit à aucun paiement.

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

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

\+ **RÈGLE 10 Opinion pharmaceutique**

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

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

a) l'opinion porte sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicaments; et

b) l'opinion comporte une recommandation qui soit propre à la personne assurée visée; et

c) cette recommandation :

i) vise à modifier, à interrompre ou à empêcher le traitement prescrit; ou

ii) vise à modifier ou à interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement, normalisé ou non par les autorités fédérales, lorsque le pharmacien observe une contre-indication ou une interaction entre ce produit et un médicament prescrit de la Liste de médicaments; ou

iii) suggère la surveillance de la pharmacothérapie de la personne assurée au moyen de tests de laboratoire, de paramètres physiologiques ou de signes cliniques et propose une mesure à prendre en cas d'anomalie; ou

iv) vise à ajouter un médicament complémentaire assuré dans le cadre du régime général d'assurance médicament 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 du patient) sans la présence d'une recommandation propre à la personne assurée.

L'opinion pharmaceutique doit être transmise par écrit au prescripteur, une copie de celle-ci doit être conservée au dossier-patient.

Sous réserve des articles 37 et 38 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le pharmacien remet une copie de l'opinion ou informe la personne assurée de la teneur de l'opinion transmise au prescripteur dans les cas suivants :

1) si la personne assurée en fait la demande ;
2) si le pharmacien le juge à propos ;
3) si la recommandation est faite aux termes du paragraphe c) ii).

Les tarifs pour ce service sont prévus au point 4 de l'annexe III.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ».*

RÈGLE 11 Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance

L'opinion est également payable lorsqu'elle porte sur l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrits à l'annexe VII.

L'opinion relative à l'inobservance est un avis de non-concordance entre la fréquence à laquelle une personne assurée requiert un médicament et la fréquence prescrite. L'inobservance se rapporte donc à une demande hâtive ou tardive de médicaments qui entraîne une situation potentielle de surconsommation ou de sous-consommation.

Une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive ou tardive est identifiée en s'appuyant sur le profil des renouvellements des acquisitions d'ordonnances élaboré à l'aide du dossier-patient de pharmacie.

Les critères retenus pour définir l'inobservance dans toute situation indiquée à l'annexe VII-A sont :

\+ a) une acquisition ou une demande d'acquisition hâtive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui dépasse de 20% la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de 90 jours;

\+ b) une acquisition ou une demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité d'un médicament prescrit qui est inférieure de 20% à la quantité requise conformément à l'ordonnance. Le calcul de cette proportion est cumulatif et porte sur une période minimale de 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 20% la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de 90 jours;

\+ b) une acquisition ou demande d'acquisition tardive se définit par l'acquisition d'une quantité de médicament prescrit qui est inférieure de 5% à la quantité requise conformément à l'ordonnance lorsque le calcul porte sur une période de 90 jours ou de 10% lorsque le calcul porte sur une période de 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 30 jours à l'Association.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ».*

+ **RÈGLE 12 Transmission d'un profil**

Lorsque le pharmacien, à la demande d'un professionnel de la santé d'un service d'urgence, constitue et transmet le profil pharmacologique d'une personne assurée, il reçoit, à titre de compensation, le tarif prévu au point 6 de l'annexe III.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet « Communication interactive ».*

+ **RÈGLE 13**

Le pharmacien ne peut réclamer qu'un seul tarif d'opinion pour un même avis motivé même s'il cumule ou regroupe un ou plusieurs types d'opinions ou de recommandations tels que précisés aux règles 10 et 11 énumérées précédemment.

+ **RÈGLE 14**

L'opinion pharmaceutique se donne à la demande du prescripteur ou à l'initiative du pharmacien.

+ **RÈGLE 15 Pharmacothérapie initiale**

Lors de l'initiation d'une pharmacothérapie reliée à une maladie chronique ou de longue durée et qui vise un médicament de l'Annexe VI, et que la quantité prescrite correspond à celle requise pour au moins vingt-huit (28) jours de traitement, le pharmacien peut fournir le médicament pour une durée de traitement de sept (7) jours et ensuite la quantité correspondant au reste de celle prescrite, le cas échéant. Le tarif applicable est celui prévu au point 14 de l'annexe III.

Pour les fins du paragraphe précédent, une pharmacothérapie est initiée lorsqu'un pharmacien fournit un médicament (dénomination commune) pour lequel aucune ordonnance ne figure au fichier historique de la personne assurée RAMQ depuis les derniers vingt-quatre (24) mois.

Aucun refus ni opinion pharmaceutique n'est payable dans les trente (30) jours de l'initiation d'une pharmacothérapie si elle a pour recommandation de faire interrompre ou modifier le médicament.

La notion de période d'essai ne s'applique pas pour les personnes assurées qui reçoivent leurs médicaments sous la forme d'un pilulier hebdomadaire.

Le Ministre peut modifier en tout temps l'Annexe VI en donnant un préavis de trente (30) jours à l'Association.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet « Communication interactive ».*

RÈGLE 16

La Régie paie au pharmacien le coût des services et du médicament magistral prescrit lorsque ce médicament apparaît à la Liste de médicaments dressée par règlement du Ministre.

N'est pas considérée comme un médicament magistral la simple reconstitution d'un produit déjà manufacturé par l'addition d'un solvant ou par la mise en suspension.

Le pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'un médicament magistral prescrit, même lorsqu'il fait préparer le médicament magistral à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

+ L'Association peut faire des représentations auprès du Conseil du médicament sur les médicaments magistraux.

Les tarifs pour ce service sont prévus aux points 8 et 9 de l'Annexe III.

RÈGLE 17

Le coût du médicament magistral correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste de médicaments ainsi que de chaque adjuvant ou véhicule apparaissant à la liste des adjuvants ou véhicules publiée par la Régie et incorporés dans le médicament magistral. Cependant, lorsqu'une partie seulement d'un conditionnement d'un produit de la liste est utilisée dans la préparation d'un médicament magistral, le coût du produit fait l'objet d'une considération spéciale (C.S.) pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du conditionnement.

Lorsqu'une substance active est inscrite à la liste des produits pour médicament magistral, le coût correspondant à cette substance sera remboursé, même si le pharmacien utilise un conditionnement pour usage oral ou injectable dans la préparation.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».*

+ **RÈGLE 18 Mise en seringue d'insuline**

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle, sous forme d'une mise en seringue, une ordonnance d'insuline, le tarif est celui prévu au point 18 de l'annexe III, pour autant que :

a) la personne assurée déclare être incapable d'effectuer adéquatement la mise en seringue de l'insuline en raison de problèmes cognitifs ou de handicaps physiques ou sensoriels, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant;

b) la personne assurée déclare ne pas avoir recours à une personne aidante habilitée à lui administrer l'insuline, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant ;

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

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

AVIS : *Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet « Communication interactive» .*

RÈGLE 19 Modalité d'éxécution 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 son patient, fournir une quantité pour une durée excédant trente (30) jours.

Cependant, la quantité servie peut correspondre à moins de trente (30) jours dans les circonstances suivantes :

a) lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement;

b) le seul format d'emballage disponible commercialement correspond à une durée de traitement de vingt-huit (28) jours. Dans ce cas, la quantité de médicament dispensée doit correspondre à celle requise pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours;

+ c) la quantité des médicaments prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament;

d) la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques reliées au médicament;

+ e) lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle ;

+ f) le patient reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier.

RÈGLE 20

Le coût des formules nutritives payable par la Régie pour une ordonnance est celui de la quantité prescrite et fournie.

RÈGLE 21 Considération spéciale (C.S.)

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale autorisée par la Régie :

a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;

b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.

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

AVIS : *Voir la section 2.3.5.2 sous l'onglet « Communication interactive ».*

RÈGLE 22 Fourniture de seringues-aiguilles jetables

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

+ a) 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 ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie;

+ b) la quantité de seringues–aiguilles jetables 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.

+ Le tarif pour ce service est prévu au point 13 de l'Annexe III.

AVIS : *Voir la section 2.3.5.2 sous l'onglet « Communication interactive ».*

RÈGLE 23 Plafond

+ Une réduction du tarif est prévue après un nombre annuel déterminé d'ordonnances payées à une pharmacie dans le cadre de l'entente. Le nombre annuel est fixé par période de 12 mois commençant le 1er 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 32 000 pour l'année 2006, à 36 500 pour l'année 2007, à 38 000 pour l'année 2008 et à 40 500 pour l'année 2009.

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 inférieure à vingt-huit (28) jours et 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 au 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 7 jours, 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 7 jours jusqu'à concurrence de 28 jours. Pour chaque période de sept (7) jours, le service du pilulier est payable à 25 % du tarif prévu au point 11 de l'Annexe III.

+ Cependant, le service du pilulier n'est pas un service payable par la Régie pour les personnes résidant dans une installation maintenue par un établissement public ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé. La Régie tient à jour une liste de ces établissements qu'elle met à la disposition du pharmacien.

+ Le tarif prévu au point 11 de l'annexe III est également payable lorsque la personne assurée doit recevoir ses médicaments sous la forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet « Communication interactive ».*

+ **RÈGLE 25 Tarif applicable**

Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus [1], 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 90 jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19, la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

Pour les autres traitements la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet « Communication interactive ».*

Toutefois, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération suivante s'applique :

1- la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui répond aux critères énoncés à la règle 24 ;

2- la rémunération hebdomadaire est égale à 25 % du tarif prévu au point 1B de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24. Dans ce cas, le pharmacien peut également obtenir de la personne assurée, à titre de frais accessoires, compensation pour le coût de la mise sous pilulier.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.33 sous l'onglet « Communication interactive ».*

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 au point 1B de l'annexe III s'applique 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 assuré ;
- de VIH;
- de tuberculose;
- de traitement à la méthadone.

La justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

+ **RÈGLE 26 Pharmacien désigné**

Lors de situations urgentes et de façon exceptionnelle, le pharmacien autre que le pharmacien désigné visé par l'entente particulière relative au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments peut dispenser, en vertu d'une ordonnance, des médicaments à une personne assurée sous surveillance aux conditions suivantes :

a) Les coûts du service et du médicament dispensé sont payables lorsque le pharmacien désigné est inaccessible pour la personne assurée et que le pharmacien communique avec le pharmacien désigné lors du service.

AVIS : *Voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet « Communication interactive ».*

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

b) Malgré les dispositions de la règle 19, si le pharmacien ne peut rejoindre le pharmacien désigné lors du service, la quantité du médicament alors payable correspond à une durée de traitement maximale de cinq (5) jours, à l'exception des cas suivants :

- traitement d'une pathologie aiguë;
- conditionnement indivisible du médicament.

Le pharmacien doit consigner les renseignements suivants au dossier-patient et transmettre une copie sur demande à la Régie :

- la raison de l'inaccessibilité du pharmacien désigné;
- le motif empêchant de rejoindre le pharmacien désigné

Aucune autre rémunération ne peut lui être versée en regard de cette ordonnance.

\# ***AVIS :*** *Voir les sections 2.3.4.17 et 2.3.4.18 sous l'onglet « Communication interactive ».*

\+ **RÈGLE 27 Thérapie parentérale et solution ophtalmique**

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

On regroupe sous l'appellation générale de « solution ophtalmique » la mise en contenant sous la hotte de produits (médicaments et/ou véhicules) de la Liste de médicaments dont le mélange final correspond à la description d'une préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section des renseignements généraux de la Liste de médicaments.

a) Le pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, même lorsqu'il fait préparer la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

\+ Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique sont prévus au point 15 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu au point 1 B de l'annexe III.

b) Le coût du médicament pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste de médicaments utilisé.

Le prix coûtant du pharmacien, tel que défini à la Liste de médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque adjuvant, véhicule, solvant ou produit utilisé pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Ce prix coûtant du pharmacien réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la Liste de médicaments est utilisée dans la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit.

c) Lorsque la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique est préparée dans une pharmacie communautaire, la Régie paie au pharmacien le coût des services et des médicaments utilisés en autant que la préparation soit effectuée dans une pharmacie certifiée par l'Ordre des pharmaciens du Québec pour la préparation des produits stériles en pharmacie.

\+ d) La mise en seringue de solution de chlorure de sodium est payable si ce produit fait l'objet d'une ordonnance pour irrigation de cathéter et qu'il est utilisé conjointement à un médicament administré par voie parentérale. Toutefois, la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ne donne pas droit au paiement du coût de service prévu au point 1B de l'annexe III.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.24 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 99 jours, selon le tarif prévu au point 21 de l'Annexe III lorsqu'il transmet la réclamation de façon électronique ou en complétant le formulaire 3621 prévu à cette fin.

\# ***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet « Communication interactive ».*

ANNEXE III

TARIF

VOIR SOUS L'ONGLET «TARIF»

ANNEXE IV

FORMULE DE NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT

\+ ..... 20 .....

Le Directeur général,
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Monsieur,

Je, soussigné, ...
pharmacien ou médecin remplissant les conditions de la Loi sur la pharmacie et visé à l'entente intervenue entre le Ministre et l'A.Q.P.P., 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 (.....)
- médecin non-participant (.....)

(pointez (√) la mention utile)

le tout suivant la Loi sur l'assurance maladie.

Veuillez prendre note que je suis inscrit à la Régie sous le numéro . . . . . .

et que je détiens le permis d'opération numéro . . . . . .
(indiquez les numéros qui apparaissent sur vos fiches d'inscription à la Régie)

(signature)

ANNEXE V
FORMULE DE DIFFÉREND

\+ .....20 .....

À :

\+ **PARTIE EN CAUSE**

Nom du pharmacien :

Numéro du professionnel :

Adresse du pharmacien :

Numéro de téléphone :

Nom de l'Association :

Si le différend a pour objet une demande de paiement :

Numéro de la demande de paiement :

Numéro de code du médicament :

Dates des services :

\+ Date de réception de la demande de paiement à la Régie :
(Cette mention, composée de 4 chiffres, apparaît à la 2e colonne de l'état de compte sous l'intitulé «date»)
\+ Date du dernier état de compte
où apparaît la demande de paiement objet du différend :
\+ Numéro de la demande de paiement en référence s'il y a lieu :

Nom du bénéficiaire :

et numéro d'assurance maladie

ou C.P. 12 :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Date :

Le pharmacien ou l'Association

ANNEXE VI
PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

	Classe thérapeutique	Dénomination commune
+	Hypolipémiants; (séquestrants de l'acide biliaire, fibrates et autres)	Bézafibrate
		Cholestyramine (résine de)
		Colestipol (chlorhydrate de)
		Fénofibrate
		Fénofibrate (microenrobé)
		Fénofibrate (micronisé)
		Gemfibrozil
+		Niacine à longue action
	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I.E.C.A.)	Bénazépril (chlorhydrate de)
		Captopril
		Cilazapril
+		Cilazapril / hydrochlorothiazide
		Énalapril (maléate d')
		Énalapril (maléate d') / hydrochlorothiazide
		Fosinopril sodique
		Lisinopril
		Lisinopril / hydrochlorothiazide
+		Périndopril erbumine
+		Périndopril erbumine / indapamide
		Quinapril (chlorhydrate de)
		Quinapril (chlorhydrate de) / hydrochlorothiazide
+		Ramipril
		Trandolapril
	Antagonistes des récepteurs (AT1) de l'angiotensine II	Candésartan cilexétil
		Candésartan cilexétil / hydrochlorothiazide
		Éprosartan (mésylate d')
+		Éprosartan (mésylate d') / hydrochlorothiazide
		Irbésartan
		Irbésartan / hydrochlorothiazide
		Losartan potassique
		Losartan potassique / hydrochlorothiazide
		Telmisartan
+		Telmisartan / hydrochlorothiazide
		Valsartan
		Valsartan / hydrochlorothiazide
	Bloquants des canaux calciques	Amlodipine (besylate d')
		Diltiazem (chlorhydrate de)
		Félodipine
		Nifédipine
		Vérapamil (chlorhydrate de)
+	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Célécoxib
+		Diclofénac (potassique ou sodique)
+		Diclofénac sodique
+		Diclofénac sodique / misoprostol
		Diflunisal
		Étodolac
		Flurbiprofène
		Indométhacine
		Kétoprofène
+		Méloxicam
		Nabumétone
		Piroxicam
		Sulindac
		Ténoxicam
		Tiaprofénique (acide)

	Classe thérapeutique	**Dénomination commune**
	Vasodilatateurs	Minoxidil comprimés
+		Trinitrate de glycéryle (timbres cutanés)
	Bloquants alpha-adrénergiques	Doxazosine (mésylate de)
		Prazosin (chlorhydrate)
		Térazosine (chlorhydrate de)
	Antidépresseurs	Bupropion (chlorhydrate de) (Wellbutrin MC seulement)
		Citalopram (bromhydrate de)
		Fluoxétine (chlorhydrate de)
		Fluvoxamine (maléate de)
+		Mirtazapine
		Moclobémide
		Paroxétine (chlorhydrate de)
		Sertraline (chlorhydrate de)
+		Trazodone (chlorhydrate de)
		Venlafaxine (chlorhydrate de)
	Autres	Alendronate
		Amiodarone (chlorhydrate d')
		Auranofine
		Carvédilol
		Clodronate disodique
+		Dutasteride
		Isotrétinoïne
		Léflunomide
		Lévodopa / bensérazide (chlorhydrate de)
		Lévodopa / carbidopa
		Misoprostol
		Pénicillamine
		Pergolide (mésylate de)
		Propafénone (chlorhydrate de)
		Risédronate sodique
		Sélégiline (chlorhydrate de)
		Tamsulosine (chlorhydrate de)
		Ticlopidine (chlorhydrate de)
		Trétinoïne capsules
+	Médicaments S.N.A. divers	Nicotine

+ # ANNEXE VII
# LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE

A

	Situation	Médicaments
+	Hypertension artérielle	24:04 Cardiotropes 24:08 Antihypertenseurs 24:12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole 40:28 Diurétiques 40:28.10 Diurétiques épargneurs de potassium
+	Asthme	Agonistes $ß_2$ inhalés Corticostéroïdes inhalés
+		Combinaisons (Agoniste $-_2$ + corticostéroïde inhalés)
+		*92:00 Kétotifène, Montélukast, Zafirlukast
+	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
+	Maladies cardiaques	24.04 Cardiotropes 24.08 Antihypertenseurs 24.12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole) 24:20 Bloquants alpha-adrénergiques 24:24 Bloquants bêta-adrénergiques 24:28 Bloquants du canal calcique 24:32.04 Inh. enzyme conversion de l'angiotensine 24:32.08 Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II 40.28 Diurétiques 40:28.10 Diurétiques épargneurs de potassium
+	Diabète de type II	68:20.20 Sulfonylurées 68:20.92 Divers antidiabétiques sauf glucagon
+	Épilepsie	28:12 Anticonvulsivants (Sauf Clonazépam)
+	Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.04 Antidépresseurs 28:16.08 Tranquillisants majeurs *28:24:92 Méthotriméprazine, Prométhazine *28:28 Lithium

+ * indique les seuls médicaments retenus dans une classe ou sous-classe.

B

Situation	Médicaments
+ Infection au VIH	08:18.08 Antirétroviraux

NOTE : Toutes les formes injectables sont exclues.

Les médicaments d'exception appartenant aux classes AHFS visées peuvent faire l'objet d'une opinion sur l'inobservance même s'ils sont regroupés dans une section particulière de la Liste de médicaments publiée par la RAMQ.

+

ANNEXE VIII

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES

Les parties conviennent qu'un montant forfaitaire, équivalant à 2,0 % du tarif en vigueur le 31 mars 2006, doit être versé par la Régie aux pharmaciens propriétaires pour chacun des services rendus pour la période du 1er avril 2006 au 31 mars 2007.

+ LETTRE D'ENTENTE NO 1

Les parties s'entendent pour créer un comité de suivi composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre; chaque partie assume les frais de ses représentants.

Ce comité aura pour mandat de suivre l'évolution des coûts des services couverts par l'entente et les ententes particulières notamment en ce qui concerne :

- le service chronique de moins de sept (7) jours, de sept (7) jours et de huit (8) à vingt-sept (27) jours;
- le service du pilulier;
- le transport des thérapies parentérales;
- la pharmacothérapie initiale;
- l'opinion pharmaceutique;
- le refus d'exécuter une ordonnance;
- la transmission d'un profil.

Ce comité aura également pour mandat lorsque l'évolution des coûts d'un service croit à un rythme plus rapide que celui anticipé selon la tendance historique observée, de recommander aux parties les mesures requises pour corriger la situation dans les plus brefs délais. Pour les coûts du service du pilulier, les parties s'entendent pour fixer à 25 % de l'ensemble du coût des services le pourcentage au delà duquel la croissance du coût des services du pilulier aura été plus rapide que la tendance historique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

+ LETTRE D'ENTENTE NO 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.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

+ LETTRE D'ENTENTE NO 3

CONCERNANT la prestation de services reliés au suivi en anticoagulothérapie en pharmacie communautaire.

Les parties conviennent :

1. de mettre sur pied, dans les trois (3) mois de la signature l'entente, un comité conjoint composé de trois (3) représentants nommés par l'AQPP et de trois (3) représentants nommés par le Ministre. Chaque partie assumant les frais de ses représentants;
2. de confier à ce comité le mandat de proposer au ministre de la Santé et des Services sociaux les conditions et les modalités de mise en œuvre d'un programme de gratuité de la prestation de services reliés au suivi de l'anticoagulothérapie en pharmacie communautaire;
3. ce comité devra faire rapport six (6) mois après avoir été mis sur pied.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

+ LETTRE D'ENTENTE NO 4

Les parties conviennent de ce qui suit :

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 Québec ce 21e jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

6. AUTRES PROGRAMMES

6.1 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MTS

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 MTS
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 (MTS).

ARTICLE 1
DÉFINITIONS

Pour le fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant :

1.01 Bénéficiaire

Personne atteinte d'une MTS ou soumise à un traitement chimioprophylactique d'une MTS 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 Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population

1.02 Pharmacien

Pharmacien assujetti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québecoise des pharmaciens propriétaires.

1.03 Médicaments

Le Ministre de la Santé et des Services sociaux dresse la liste particulière des médicaments dont la Régie 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 Régie 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 Régie pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :

- si 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 Régie 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 québecoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.

4.02 Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS selon les informations fournies sur l'ordonnance remise au bénéficiaire ou transmise verbalement par le médecin ou le résident en médecine.

4.03 Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c.32).

AVIS : *Voir la section 2.3.4.15 sous l'onglet « Communication interactive ».*

ARTICLE 5
DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR

5.01 Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au présent programme.

5.02 La présente entente entre en vigueur le 1er 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 1er 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 Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

1.02 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 québecoise des pharmaciens propriétaires.

1.03 Médicaments

Le Ministre de la Santé et des Services sociaux dresse la liste particulière des médicaments dont la Régie 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 Régie 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 Régie pour un service fourni à un bénéficiaire même si ce dernier n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :

- si 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 Régie 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 québecoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.

4.02 Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose selon les informations fournies sur l'ordonnance remise au bénéficiaire ou transmise verbalement par le médecin ou le résident en médecine.

4.03 Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, c.32).

AVIS : *Voir la section 2.3.4.16 sous l'onglet « Communication interactive ».*

ARTICLE 5
DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR

5.01 Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au présent programme.

5.02 La présente entente entre en vigueur le 17 février 1997, date d'entrée en vigueur du décret no 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 1er 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

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'oeuvre et de la Sécurité du revenu, auquel ce prestataire de la sécurité du revenu doit obligatoirement s'adresser pendant une période donnée pour obtenir les services pharmaceutiques et les médicaments couverts en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

1.03 Bénéficiaire

Le prestataire de la sécurité du revenu détenteur d'un carnet de réclamation délivré suivant les articles 70 et 71 de la Loi sur l'assurance maladie et identifié comme ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments.

ARTICLE 2
PROCÉDURE

2.01 Le choix d'un pharmacien comme pharmacien désigné est fait par le prestataire de la sécurité du revenu concerné auprès du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ou à défaut par le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu qui normalement choisit alors le pharmacien auquel a recours le plus souvent le prestataire. Le pharmacien désigné est d'abord avisé par écrit par ce 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'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

2.03 La Régie de l'assurance maladie du Québec fait parvenir à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, à tous les deux mois, la liste complète de tous les pharmaciens désignés en fonction pendant les mois précédents, spécifiant pour chacun d'eux le nombre de «prestataires concernés».

ARTICLE 3
LA SURVEILLANCE ET LE SUIVI DE LA CONSOMMATION DU BÉNÉFICIAIRE

3.01 À la première visite du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

a) doit expliquer en privé les modalités de surveillance et de suivi de consommation de médicaments qu'il entend appliquer à son cas;

b) doit l'inviter à poser toutes les questions qui le préoccupent en regard du mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments;

c) doit aviser le médecin traitant du prestataire que celui-ci fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;

d) doit inviter le médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu qui donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

3.02 Lors de visites subséquentes du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

a) doit s'informer si ce prestataire de la sécurité du revenu a obtenu de nouvelles prescriptions depuis sa visite précédente;

b) doit aviser tout nouveau médecin traitant que le prestataire fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;

c) doit inviter tout nouveau médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu si elles donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

3.03 Le pharmacien désigné doit inscrire au dossier-patient du prestataire de la sécurité du revenu toutes les informations utiles pour assurer la surveillance et le suivi de la consommation de médicaments de ce prestataire de la sécurité du revenu y compris, s'il le juge nécessaire, des informations sur les médicaments dont le prestataire de la sécurité du revenu assume lui-même le coût.

ARTICLE 4
RÉMUNÉRATION

AVIS : *Voir la section 2.3.4.17 de l'onglet « Communication interactive ».*

4.01 Le pharmacien désigné reçoit, pour chacun des prestataires de la sécurité du revenu, une rémunération mensuelle fixe de vingt dollars (20,00 $) laquelle est payable, pour chaque mois ou partie de mois, que les services aient été rendus par lui-même ou un pharmacien à son emploi.

4.02 En plus de la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, le pharmacien désigné a droit, pour les services visés par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association Québecoise 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 30ième JOUR DE AVRIL 1992.

MARC-YVAN COTE
MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

JEAN-GUY PRUD'HOMME
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES
PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

7. TARIF

7.1 TARIFS ÉTABLIS DANS L'ANNEXE III DE L'ENTENTE

Code de service		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
	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)		
	- 36 500 ordonnances et moins (maximun 24,30 $)		0,27 par jour
	- plus de 36 500 ordonnances (maximun 22,50 $)		0,25 par jour
« 0 »	**b)** pour les autres traitement que ceux en **a)**		
+	- 36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+	- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
« E »	**2)** Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
+	- 36 500 ordonnances et moins	6,02	6,26
+	- plus de 36 500 ordonnances	5,19	5,40
+ « 1 »	**3)** Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	7,80	8,12
	AVIS : *Voir la section 2.3.3.4 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	17,23	17,93
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ».*		

Code de service	**Tarifs au 2003/07/01**	**Tarifs au 2007/04/01**
Allergie		
Interrompre la prise d'un médicamentprescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Calendrier de sevrage		
Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines		
Contre-indication		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Duplication		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le traitement prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Effet indésirable ou intolérance observés		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicamenet prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Inefficacité		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue		
Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe *c) iv)*		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Prolonger la durée du traitement prescrit		
Grossesse ou allaitement		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Innocuité		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique		
Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Réduire la durée du traitement prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Interaction		

Code de service		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
	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		
+ « 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	17,23	17,93
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
	Traitement de l'asthme		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de la tuberculose		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des dyslipidémies		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des maladies cardiaques		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement 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		

Code de service		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
	Utilisation des psychotropes		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'infection au VIH		
	Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
+ « 2 »	**6)** Transmission d'un profil		8,12
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
+	**7)** Aboli		
# « M »	**8)** Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
+	- 36 500 ordonnances et moins	12,41	12,91
+	- plus de 36 500 ordonnances	11,55	12,02
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
# « L »	**9)** Pour l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées, à l'exception des préparations injectables et des solutions ophtalmiques lorsque le mélange est destiné à la voie parentérale ou ophtalmique, le montant payable est la somme du coût des médicaments et de celui fixé pour l'exécution et le renouvellement de l'ordonnance :		
+	- 36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+	- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
+ « A »	**10)** Service sur appel	25,06	26,07
	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.		
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet « Communication interactive ».*		

Code de service		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
+ « P »	**11)** Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier	15,30	15,92
+	(le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25% du tarif prévu au point 11 de l'annexe 3)	*(3,83)*	*(3,98)*
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet « Communication interactive »)*		
	12) Considération spéciale (C.S.)		
	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 Régie.		
+ « F »	**13)** Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables	2,41	2,51
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.2 sous l'onglet « Communication interactive »*		
# « 0 »	**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		
+	- 36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+	- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
	b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu :		
+	- 36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+	- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet « Communication interactive ».*		

Code de service		Tarifs au 2003/07/01		Tarifs au 2007/04/01	
		Tarifs par unité		Tarifs par unité	
		Avec préparation préalable	Sans préparation préalable	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable
#	**15)** Exécution et renouvellement d'une ordonnance				
« T »	**a)** Thérapies parentérales				
	- Sacs à gravité				
+	Premier sac	12,19	10,57	12,68	11,00
+	Sacs suivants	5,68	5,68	5,91	5,91
	- Sacs pour pompe				
+	Premier sac	16,26	12,19	16,92	12,68
+	Sacs suivants	8,13	6,50	8,46	6,76
	- Cassettes 50 ml				
+	Première cassette	12,19	10,57	12,68	11,00
+	Cassettes suivantes	5,68	5,68	5,91	5,91
	- Cassettes 100 ml				
+	Première cassette	16,26	13,81	16,92	14,37
+	Cassettes suivantes	9,75	8,95	10,14	9,31
	- Perfuseur élastométrique				
+	Premier perfuseur	16,26	11,65	16,92	12,12
+	Perfuseurs suivants	12,99	9,48	13,51	9,86
	- Seringues				
+	Première seringue	5,68	4,88	5,91	5,08
+	Seringues suivantes	2,44	2,44	2,54	2,54
#	***AVIS :*** *1- Voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet « Communication interactive ».*				
#	*2- Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels dans le cas d'une mise en seringue de chlorure de sodium (Code de service « Q »).*				

		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
Code de service			
« R »	**b)** Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
+	- 36 500 ordonnances et moins.	7,80	8,12
+	- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
+	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	13,81	14,37
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.26 sous l'onglet « Communication interactive ».*		

FABRICATION DE CAPSULES PLACEBO.
NORME AGRÉÉE PAR L'A.Q.P.P.

# « B »	**16)** Préparation de capsules placebo		
+	1 à 30 capsules	12,41	12,91
+	31 à 60 capsules	17,81	18,53
+	61 à 100 capsules	23,74	24,70
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :		0,23
#	***AVIS :*** *Les tarifs pour la fabrication de capsules placebo résultent d'une évaluation agréée de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec. Il ne s'agit donc pas d'un acte négocié à l'Entente.* *Voir la section 2.3.4.10 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.*		

# « H »	**17)** Préparation de sachets		
+	1 à 30 sachets	12,41	12,91
+	31 à 60 sachets	17,81	18,53
+	61 à 100 sachets	23,74	24,70
+	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par :	0,22	0,23
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.12 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.*		
# « I »	**18)** Mise en seringue d'insuline		
+	Moins de 17 seringues	9,08	9,45
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter:	2,41	2,51
+	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par :.	0,56	0,58
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	2,41	2,51
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.*		

		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
Code de service			
# « U »	**19)** Préparation de capsules		
+	1 à 30 capsules	12,41	12,91
+	31 à 60 capsules	17,81	18,53
+	61 à 100 capsules	23,74	24,70
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,22	0,23
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.*		
# « X »	**20)** Fourniture de chambre d'espacement		
+	36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+	plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
« 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 2.3.4.2.1 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.*		
« 5 »	**21)** Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
+	Nombre de services multiplié par		1,02
#	***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet « Communication interactive ».*		

7.2 CODES DE SERVICES ADMINISTRATIFS

	Code de service		Tarifs au 2003/07/01	Tarifs au 2007/04/01
	TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 3 DE L'ANNEXE II			
	« K »	Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
+		- 36 500 ordonnances et moins	7,80	8,12
+		- plus de 36 500 ordonnances	7,29	7,58
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet «Communication interactive».*		
+	*TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 25 de L'ANNEXE II*			
+	« G »	Ordonnance servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24 (le tarif est payable par période de 7 jours, en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 1B de l'annexe III)		
+		- 36 500 ordonnances et moins		2,03
+		- plus de 36 500 ordonnances		1,90
+	*TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 27 d) de L'ANNEXE II*			
	« Q »	Mise en seringue de chlorure de sodium		
+		première unité	4,88	5,08
+		unités suivantes	2,44	2,54
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
	TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES			
			Tarif au 2003/12/17	
+	« 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	15,70	16,33
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet « Communication interactive »*		
			Tarif au 2004/03/23	
+	« 7 »	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	Coût réel encouru	Coût réel encouru
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.29 sous l'onglet « Communication interactive ». Un montant maximal de 75,00 $ est autorisé par la Régie.*		
+	« 8 »	Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales	5,00	5,20
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet « Communication interactive ».*		
			Tarif au 2003/07/01	
+	« S »	Pharmacie désignée, rémunération mensuelle	20,00	20,00
#		***AVIS :*** *Voir la section 2.3.4.17 sous l'onglet « Communication interactive »*		

8. MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement à chaque pharmacien travaillant dans le cadre du régime public d'assurance médicaments un exemplaire des manuels mentionnés ci-dessous.

Si le pharmacien désire des exemplaires supplémentaires ou d'autres manuels publiés par la Régie, il peut en obtenir moyennant paiement.

Ces manuels peuvent être commandés en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens à l'un des numéros suivants:

\# - Québec et région : 418 643-9025
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (sans frais)

- Télécopieur :

\# - Québec et région : 418 528-5655
- Ailleurs au Québec: 1 866 734-4418 (sans frais)

8.1.1 Liste des manuels dont le pharmacien reçoit une copie gratuitement

	Numéro
Manuel des pharmaciens	**260**
Liste de médicaments	**440**
Liste de médicaments - ordre alphabétique de marques de commerce **(Internet seulement)**	**460**

8.2 FORMULAIRES

Sur demande, la Régie remet gratuitement à chaque pharmacien travaillant dans le cadre du régime public d'assurance médicaments des formulaires.

Ces formulaires peuvent être commandés en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens à l'un des numéros suivants :

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

- Télécopieur :

- Québec et région : 418 528-5655
- Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 (sans frais)

La liste des formulaires disponibles figure sur le site Internet de la Régie. Le pharmacien peut les consulter, les télécharger et même les imprimer. L'adresse du site Internet est la suivante :

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

8.2.1 Liste des formulaires disponibles

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	**3003**
Mandat des professionnels de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	**3004**
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement	**3005**
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Demande de révision ou d'explications	**1549**
Demande de remboursement à la personne assurée *(voir onglet « Demande de remboursement », point 3.1)*	**3621**
FORMULAIRE RELATIF À LA COMMUNICATION INTERACTIVE	
Demande d'autorisation de transmettre un relevé d'honoraires ou une demande de paiement au moyen d'un support informatique	**3622**
AUTRES FORMULAIRES	
Autorisation de paiement par virement automatique	**2914**
Bon de commande de dépliants	**2262**