



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 32

AVRIL 2010

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

- TABLE DES MATIÈRES

- Actualisation de la table des matières
Pages : [1](#) à 3

- PERSONNES ASSURÉES

- Ajout du nouveau modèle de carte d'assurance maladie avec code à barres
Page : [2](#)
- Modification des tarifs au 1^{er} juillet 2009
Page : [11](#)

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modifications d'ordre administratif pour les services K, B, H, I, U, R, Q, et T
Pages : [16](#), [23](#) à 27, [45](#) à 49
- Ajout du programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie
Pages : [34](#) et [35](#)
- Modification ou ajout des messages d'erreurs et des mesures à prendre
Pages : [75](#), [79](#) et [87](#)

- AUTRES PROGRAMMES

- Ajout du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

Pages : [14](#) et [15](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants :
030 / 2008-05-29, 121 / 2009-10-28, 140 / 2009-12-17, 179 / 2010-02-11 et 206 / 2010-03-11*

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 

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES	1
1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ	1
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie	1
1.1.1.1 Modèles de carte.	2
1.1.2 Description du carnet de réclamation	4
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments	5
1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES.	6
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie	6
1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides.	6
1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments	7
1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments.	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'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation	8
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments	10
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

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 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie	34
# 2.3.4.18 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle	36
# 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non-contacté	37
# 2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif et/ou anticipé)	38
# 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité	41
# 2.3.4.22 Dépassement de la quantité maximale journalière	42
# 2.3.4.23 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$	43
# 2.3.4.24 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)	44
# 2.3.4.25 Thérapie parentérale	45
# 2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium	45
# 2.3.4.27 Préparation de solution ophtalmique	49
# 2.3.4.28 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	51
# 2.3.4.29 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	52
# 2.3.4.30 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	53
# 2.3.4.31 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente	55
# 2.3.4.32 Transmission d'un profil	56
# 2.3.4.33 Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - incscription rétroactive	57
# 2.3.4.34 Pilulier selon la règle 25	58
# 2.3.4.35 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique	59
2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie	60
2.3.5.1 Médicament d'exception	60
2.3.5.2 Mesure du patient d'exception	61
2.3.5.3 Considération spéciale	62
2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée	63
2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement	64

	<i>Page</i>
#2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN	65
#2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER.	66
#2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER	67
#2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE	68
#2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE.	69
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
<i>(voir la table des matières spécifique à cette partie)</i>	
6. AUTRES PROGRAMMES.	1
6.1 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MTS	1
6.2 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	3
6.3 MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS.	5
6.4 PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT	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

Remarque : Veuillez noter qu'à partir du 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.



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.

#

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 01/07/2009)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2009)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2009)	Prime¹ à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2009)
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)	14,95 \$	32 %	49,97 \$ / mois 600 \$ / année	0 à 585 \$ par personne
Personnes âgées ne recevant pas de SRG ³	14,95 \$	32 %	79,53 \$ / mois 954 \$ / année	0 à 585 \$ par personne
Adhérents adultes	14,95 \$	32 %	79,53 \$ / mois 954 \$ / année	0 à 585 \$ par personne

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

2 d'une aide financière de dernier recours

3 SRG : Supplément de revenu garanti

1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

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

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

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

1^{er} service à vie pour un médicament prescrit pour 90 jours

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

Mois du service : février

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

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

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

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

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

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

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

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'ordonnance 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° pharmacien instrumentant
N° 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 :**

- Inscrire sur la demande de paiement le code DIN du médicament et le code DIN du solvant qui a servi à la dilution ou à la dissolution.
- Un seul montant de service est payable pour le médicament et le solvant (voir la Règle 3 de l'Annexe II de l'Entente).

valeur

- Inscrire le code de service;

- médicament actif requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant. K

Pour chaque produit utilisé :

- inscrire la source d'approvisionnement, s'il y a lieu;
- le format d'acquisition;
- la quantité de la composante utilisée;
- 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 : K	Code DIN des composantes utilisées
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant des composantes utilisées	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.10 Préparation de capsules placebo

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 est 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 et le code DIN de l'adjuvant utilisé pour les remplir.

Pour chaque produit utilisé :

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

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules placebo préparées, soit :

2009-04-01

1 à 30 capsules	=	13,43 \$
31 à 60 capsules	=	19,28 \$
61 à 100 capsules	=	25,70 \$
plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

Remarque : Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système C.I.P. retient la quantité facturée du médicament actif.

■ **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 composantes utilisées
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante
		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant des composantes	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 :**

Inscrire sur la demande de paiement le code DIN de la capsule vide (code DIN 99001519, présent dans la *Liste de médicaments*, section *véhicules, solvants ou adjuvants*) et le code DIN de l'adjuvant utilisé pour les remplir.

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

Pour chaque produit utilisé :

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

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules placebo préparées, soit :

2009-04-01

1 à 30 capsules	=	13,43 \$
31 à 60 capsules	=	19,28 \$
61 à 100 capsules	=	25,70 \$
plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

Remarque : Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système C.I.P. retiendra la quantité facturée du code DIN de la capsule vide (99001519).

■ **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 de la composante utilisée et de la capsule vide (99001519)
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de la composante et de la capsule vide
		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant de la composante et de la capsule vide utilisées	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
	N° 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 avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu.

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules. U

- Inscrire sur la demande de paiement le code DIN du médicament mis en capsules avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu, ainsi que le code DIN de la capsule vide (99001519).

Pour chaque produit utilisé :

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

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de capsules préparées, soit :

2009-04-01

1 à 30 capsules	=	13,43 \$
31 à 60 capsules	=	19,28 \$
61 à 100 capsules	=	25,70 \$
plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

Remarque : Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système C.I.P. retiendra la quantité facturée du code DIN de la capsule vide (99001519).

■ **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 de la composante utilisée et de la capsule vide (99001519)
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de la composante et de la capsule vide
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament et des capsules vides	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.12 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 sur la demande de paiement le code DIN du médicament mis en sachets, le code DIN de l'adjuvant, s'il y a lieu, ainsi que le code de facturation du sachet (99100527) permettant d'identifier le nombre de sachets préparés.

Pour chaque produit utilisé :

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

Pour le code de facturation du sachet (99100527) :

- inscrire le format d'acquisition 1;
- la quantité correspondant au nombre de sachets préparés;
- inscrire 0,00 \$ pour le coût du sachet puisque celui-ci est inclus dans le tarif des frais de service.

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de sachets préparés, soit :

2009-04-01

1 à 30 sachets	=	13,43 \$
31 à 60 sachets	=	19,28 \$
61 à 100 sachets	=	25,70 \$
Plus de 100 sachets	=	nombre de sachets multiplié par 0,24 \$ par sachet

Remarque : Pour déterminer le nombre de sachets préparés, le système C.I.P. retiendra la quantité facturée du code de facturation du sachet (99100527).

■ **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 des composantes utilisées et du contenant (99100527)
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante et contenant
		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant des composantes utilisées	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
	N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.13 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 d'insuline I

- Inscrire sur la demande de paiement les codes DIN de l'insuline et des seringues utilisées. Si différents types d'insuline et/ou de seringues sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes.

Pour chaque produit utilisé :

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

Le montant du service au 1^{er} avril 2009 est calculé en fonction du nombre de seringues préparées soit :

Moins de 17 seringues = 9,83 \$
17 seringues et plus = nombre de seringues multiplié par 0,61 \$ par seringue.

Remarque : Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système C.I.P. cumulera le nombre de seringues facturées.

Un montant de 2,61 \$ sera ajouté au coût de service demandé s'il s'agit d'un mélange d'insuline.

Remarque : Pour identifier s'il s'agit d'un mélange d'insuline, le système C.I.P. doit retracer sur la demande de paiement, la facturation d'insuline ayant une dénomination commune différente l'une de l'autre.

■ **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 des composantes utilisées et des seringues
	Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
	Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante et des seringues
		Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
	Montant des composantes et des seringues utilisées	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

2.3.4.14 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

■ **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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.17 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie

Les **personnes admissibles au programme** sont celles qui résident au Québec, qui sont **inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec** et qui présentent **une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide** ont le droit de recevoir **gratuitement un ou plusieurs des médicaments** visés par la pandémie.

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 valide dans les cas suivants :

- 1° la personne est âgée de moins d'un an;
- 2° la personne est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale.
- 3° la personne présente une lettre de la Régie confirmant son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec.

Afin de permettre la facturation pour les clientèles mentionnées aux points 1 et 2, veuillez vous référer aux instructions de facturation présentes à l'onglet **Personnes assurées** dans le Manuel des pharmaciens.

Pour la clientèle mentionnée au point 3, vous devez transmettre la demande de paiement avec le code d'intervention ou d'exception « MA » habituellement utilisé avec une preuve temporaire d'admissibilité. De plus, vous devez conserver, dans la mesure du possible, une copie de cette lettre.

La **personne qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide** doit payer les services professionnels rendus. Par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin. Cependant, **le coût du médicament remboursé dans ce cas sera 0 \$ (zéro)** puisqu'il est fourni gratuitement aux pharmacies.

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 :**

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

valeur

- programme « Pandémie ». **06**

Les services payables sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- l'opinion pharmaceutique;
- le service sur appel;
- médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 (code de service P);
- pilulier selon la règle 25 (code de service G).

Section D :

- Inscire le code DIN du médicament.

Remarque : Malgré le fait que le médicament soit fourni gratuitement par la réserve provinciale du MSSS, celui-ci doit être inscrit sur la demande de paiement avec un coût égal à zéro.

■ 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.18 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 1^{er} 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° pharmacien instrumentant	N° prescripteur	Type de prescripteur

2.3.4.19 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	No pharmacien instrumentant
N° pharmacie désignée, le cas échéant	No prescripteur	Type de prescripteur

2.3.4.20 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 :	2008-12-30
Date de service de la demande de paiement antérieure :	2008-12-04
Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
Date prévue du renouvellement :	2009-01-03 (2008-12-04 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement suivant :	2009-02-02 (2009-01-03 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement subséquent :	2009-03-04 (2009-02-02 + 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

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

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

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

■ **Principes à respecter :**

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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité modifiée de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.22 Dépassement de la quantité maximale journalière

Une demande de paiement est refusée s'il y a dépassement de la quantité maximale journalière de médicament déterminée par décision administrative de la 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.23 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.24 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.25 Thérapie parentérale

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicament(s) sous la hotte destiné(s) à être administré(s) par une voie parentérale, c'est à dire lorsque l'administration du médicament nécessite l'utilisation d'un cathéter ou d'une aiguille pour traverser la peau (à l'exception de l'insuline). Les différents contenants possibles figurent sous différentes appellations dans la section **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

- Inscrire le type de service;

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

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

Pour chaque produit utilisé :

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

Pour le code de facturation du contenant 99100585 (type de service A à D seulement), identifiant le nombre d'unités préparées :

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

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 :

Les frais de service sont de 8,44 \$ (7,89 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint)

Tarif au 2009-04-01

Type	Description	Première unité	Unités suivantes
A	- Sacs à gravité avec préparation	13,19	6,15
B	- Sacs à gravité sans préparation	11,44	6,15
C	- Sacs pour pompe avec préparation	17,60	8,80
D	- Sacs pour pompe sans préparation	13,19	7,04

		Tarif au 2009-04-01	
Type	Description	Première unité	Unités suivantes
E	- Cassettes 50 ml avec préparation.	13,19	6,15
F	sans préparation.	11,44	6,15
G	- Cassettes 100 ml avec préparation.	17,60	10,55
H	sans préparation.	14,95	9,69
I	- Perfuseur élastométrique avec préparation.	17,60	14,06
J	sans préparation.	12,61	10,26
K	- Seringues avec préparation.	6,15	2,64
L	sans préparation.	5,28	2,64

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 2.3.4.26.

Remarque : Le système C.I.P. cumulera le nombre de contenants facturés pour déterminer le nombre de contenants préparés.

Exemple : Le montant de service autorisé au 1^{er} avril 2009 pour 10 sacs à gravité avec préparation sera calculé ainsi :

Frais de service	+	Tarif de la première unité	+	Tarif des unités suivantes	=	Montant total autorisé
8,44 \$	+	13,19 \$	+	(9 x 6,15 \$)	=	76,98\$

■ **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 des composantes utilisées
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante
Type de service : A à L	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant des composantes utilisées	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

2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium

Ce service consiste à remplir **sous la hotte** des seringues à l'aide de chlorure de sodium en solution injectable faisant partie de la 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 et des seringues utilisées. Si différents types de seringues sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes.

Pour chaque produit utilisé :

- inscrire la source d'approvisionnement, s'il y a lieu;

- le format d'acquisition;

- la quantité de la composante utilisée;

- le coût de la composante.

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.

Type	Description	Tarif au 2009-04-01	
		Première unité	Unités suivantes
A	Mise en seringue	5,28 \$	2,64 \$

Remarque : Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système C.I.P. cumulera le nombre de seringues facturées.

Exemple : Le montant du service autorisé au 1^{er} avril 2009 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

Tarif de la première unité	+	Tarif des unités suivantes	=	Montant total autorisé
5,28 \$	+	(9 x 2,64 \$)	=	29,04 \$

■ **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 des composantes utilisées et des seringues
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante et seringues
Type de service : A	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant des composantes et des seringues utilisés	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 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**

- Inscire le code de service;

- Exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique R

- Inscire le type de service;

- préparation de solution ophtalmique A

- Inscire sur la demande de paiement le code DIN du ou des médicaments utilisés pour la préparation de la solution ophtalmique, le code DIN du ou des adjuvants, s'il y a lieu, ainsi que le code de facturation du contenant (99100528). Celui-ci ne sert qu'à préciser le nombre de contenants de solution ophtalmique préparés.

Pour chaque produit utilisé :

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

Pour le code de facturation du contenant (99100528) :

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

Le **montant des fournitures utilisées pour la préparation est inclus dans le tarif par unité** et n'a pas à être inclus dans le montant du médicament. Il s'agit notamment des seringues servant à la dilution et au transfert des produits, des bouteilles stériles vides, etc.

Le montant des frais de service sera calculé en ajoutant, aux frais de service, un tarif unitaire en fonction du nombre de contenants préparés;

Les frais de service sont de 8,44 \$ (7,89 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint).

		Tarif au 2009-04-01
Type	Description	par unité
A	Préparation ophtalmique	14,95 \$

Exemple : Le montant du service autorisé au 1^{er} avril 2009 pour la préparation sous la hotte d'une unité de solution ophtalmique sera calculé ainsi :

Frais de service	+	Nombre d'unités x Tarif unitaire	=	Montant total autorisé
8,44 \$	+	(1 x 14,95 \$)	=	23,39 \$

Remarque : Pour déterminer le nombre de contenants préparés, le système C.I.P. retiendra la quantité facturée du code de facturation du contenant (99100528).

■ **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 des composantes utilisées et du contenant (99000528)
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de chaque composante et contenant
Type de service : A	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant des composantes utilisées	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

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

Cette entente particulière permet au pharmacien d'être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. Pour avoir droit à ce tarif (16,99 \$ à partir du 1^{er} avril 2009), 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		

2.3.4.29 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 5,41 \$ par paquet au 1^{er} avril 2009, 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 code 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 : 5,41 \$ par paquet	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.30 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 code 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° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.31 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'exercer 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.32 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 code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement.
- Les renseignements suivants devront être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé pour effectuer ladite facturation et versés au registre :
 - la date de transmission du profil;
 - le nom du demandeur et sa fonction;
 - le lieu où le profil a été transmis;
 - les raisons qui motivent cette transmission si connues;
 - le profil lui-même, c'est-à-dire la liste des médicaments transmise au demandeur.

■ **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° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur	Type de prescripteur

2.3.4.33 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 code 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° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur
Type de prescripteur		

2.3.4.34 Pilulier selon la règle 25

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

■ **Principes à respecter :****valeur**

- Inscrire le code de service;
 - Pilulier selon la règle 25 G
- Inscrire une durée de traitement correspondant au nombre de piluliers servis;
- Inscrire un montant de service selon le nombre de piluliers servis jusqu'au maximum d'honoraires permis;

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

- toutes les données des **sections A, B et C**;
- toutes les données de la **section D**, en tenant compte des principes mentionnés précédemment. Les données requises apparaissent dans le tableau qui suit :

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 selon le nombre de piluliers servis	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service jusqu'au maximum permis	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.35 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° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	
Code d'indication reconnue, s'il y a lieu		Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.5.2 Mesure du patient d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament visé par la « mesure du patient d'exception », inscrit le code de programme 40 pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation.

Remarque : Voir la section *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° pharmacien instrumentant
N° 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° pharmacien instrumentant
N° 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° pharmacien instrumentant
N° 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 40 500 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

00		Pharmacie XYZ ①		
		Adresse ligne 1		
		Adresse ligne 2, Tél. : 123-4567		
PATIENT :		M. Untel Jean		
②		Adresse ligne 1		
		Adresse ligne 2		
③	QUANTITÉ	MÉDICAMENT		
④	NUMÉRO RX	PRESCRIPTEUR		
③	30.0	XXXXXXXXXXXXX		
③	333333	DIN : 03333333		
③		DR : NOM, PRÉNOM		
⑤	COÛT DE L'ORDONNANCE :			
⑤	MONTANT ASSURÉ - RAMQ :			
⑤	EXCÉDENT NON ASSURÉ : 0,00			
⑤	MONTANT PAYÉ - RAMQ :			
⑥	ÉTAT DES CONTRIBUTIONS			
	AN	MOIS	COÛT	FRANCHISE
			PAR PÉRIODE	COASSURANCE
				PAYÉES À
				CE JOUR
				RESTE AVANT
				PLAFOND
⑦	20AA	JUILLET		
⑦	TOTAL		Total contribution :	
			⑩ Total à payer :	
	MESSAGE LIGNE 1			
	MESSAGE LIGNE 2			
⑧	MESSAGE LIGNE 3			
	NUMÉRO DE RÉF. : 22223			
⑨	DATE : 20AA-07-01			

Le reçu doit indiquer clairement, pour chaque médicament reçu :

1. la raison sociale de la pharmacie et son adresse
2. les coordonnées de la personne assurée (nom de famille à la naissance, prénom et adresse)
3. le médicament (quantité, numéro de l'ordonnance, nom du médicament et code DIN)
4. le prescripteur (nom et prénom)
5. les coûts, soit :
 - 5.1 le coût de l'ordonnance
 - 5.2 le montant assuré par la Régie, s'il y a lieu
 - 5.3 l'excédent non assuré par la Régie et assumé par la personne assurée, s'il y a lieu
 - 5.4 le montant payé par la Régie (montant assuré par la Régie - contribution perçue)
6. l'état des contributions mensuelles :
 - 6.1 la période de contribution (année, mois)
 - 6.2 le coût de l'ordonnance par période
 - 6.3 la franchise
 - 6.4 la coassurance
 - 6.5 le montant cumulé des contributions par période
 - 6.6 le montant qu'il reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale par période
7. le total des contributions à payer par la personne assurée
8. le numéro de référence émis par la Régie
9. la date d'obtention du service
10. total à payer (excédent non assuré + contribution à payer)

2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE

Les messages suivis de (◆) s'appliquent à des renseignements qui peuvent être produits automatiquement par le logiciel de facturation utilisé en pharmacie

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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° de version de la norme en erreur (t)	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° 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 - programme de gratuité des médicaments en cas de pandémie = 06 Voir section 2.3.4.15 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i>, la section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>, la section 2.3.5.1 <i>Médicament d'exception</i>, la section 2.3.5.2 <i>Mesure du patient d'exception</i>, la section 2.3.4.28 <i>Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence</i> et la section 2.3.4.17 <i>Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie</i>.
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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		OU
		2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM).
		Voir section 1.3 Identification de la personne assurée .
34	Date de naissance en erreur	1. La date de naissance est obligatoire. 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 pour le DIN *****	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 <i>Liste de médicaments</i> . 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 <i>Liste de médicaments</i> . 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 <i>Manuel des pharmaciens</i> . Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i> . 2. Lorsque le code de programme est « 06 » (programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie), le code de service doit être égal à « O », « M », « 1 », « 3 » « A », « P », ou « G ». - Si le code de service est « M », le type de service doit être égal à « A ».

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
# 58	Quantité en erreur pour le DIN *****	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. 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 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
61	N° 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 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
63	Type de service en erreur	1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues. Voir <i>sections 2.3.4.1 Médicament magistral, 2.3.4.25 Thérapie parentérale, 2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium ou 2.3.4.27 Préparation de solution ophtalmique</i>.
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 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
# 66	Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le coût du médicament, du produit ou de la fourniture est inscrit sur la demande de paiement. 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 - <i>Tarif</i> .
76	N° 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.
78	Indication reconnue en erreur pour le DIN *****	1. Le code d'indication reconnue dépasse la longueur maximale de 10 caractères. Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
#80	Le nombre de DIN réclamés est incompatible pour ce code de service.	1. Ces services ne peuvent être réclamés avec un seul code DIN.
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. Ces services ne peuvent être réclamés avec deux codes DIN identiques sur la même demande de paiement.
83	Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN *****	1. Le code de l'indication reconnue 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.
#86	Le DIN identifiant le nombre d'unités préparées est absent.	1. Afin de pouvoir effectuer le calcul des frais de service en fonction du nombre d'unités préparées, le système C.I.P. vérifiera la présence du code DIN correspondant au contenant de la solution préparée selon le service rendu.
90	Date de transaction en erreur (t)	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 (3^e ou 4^e code d'intervention/exception inscrit sur la demande de paiement). Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
#5A	Source d'approvisionnement en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si la source d'approvisionnement inscrite sur la demande de paiement correspond à un des codes de grossistes reconnus qui paraissent dans la <i>Liste de médicaments</i>. Voir la <i>Liste de médicaments</i>, 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 <i>Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments</i>. 2. Vérifier si à la date de service, un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire. NOTE : Le numéro de pharmacie désignée doit être inscrit lorsqu'un service est rendu en urgence par un pharmacien autre que celui désigné si la pharmacie désignée a été rejointe. Le code d'intervention/exception « pharmacien désigné contacté ou non » « UI » doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i>.
#5C	Format d'acquisition en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le format d'acquisition inscrit sur la demande de paiement est numérique.
5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	1. Vérifier si la date de fin de validité inscrite sur la demande de paiement : - est 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 2.3.4.31 <i>Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente</i>. 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 2.3.4.20 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 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i> ou section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>. 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'une aide financière de dernier recours dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » et dont la carte d'assurance maladie n'est pas valide. 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
		- Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain. - Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.
# D1	Code de produit non payable	- Ces services sont non payables s'ils sont réclamés seulement avec des solvants, adjuvants ou véhicules sauf pour les situations suivantes : - s'il s'agit d'une préparation de capsule placebo à partir d'une capsule vide (DIN 99001519) ou - s'il s'agit d'une ordonnance autorisée par la Régie en considération spéciale ou dans le cadre de la mesure du « patient d'exception ».
# D2	Code de produit qui n'est plus assuré DIN *****	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	- 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. - 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. - 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 : *****	- 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 2.3.4.31 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 2.3.4.21, de l'onglet Communication interactive de votre manuel). - sinon : une nouvelle ordonnance est requise. - 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. - 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 2.3.4.23 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$.
D7	Renouvellement hâtif NCE : *****	1. S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention/exception sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.20 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.
CT	PAE non autorisé à cette pharmacie	1. Vérifier si le numéro de votre pharmacie figure sur le carnet de ce prestataire. Si non, et s'il s'agit d'une situation d'urgence, suivre les instructions prévues. Voir section 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 0,55 \$, 0,90 \$ ou 0,93 \$ (à partir du 1^{er} avril 2009), cela indique que le plafond de 40 500 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 <i>section 7 Tarif du présent manuel</i>), 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 pour le DIN *****	1. Si l'écart est de plus ou moins 0,01 \$, cela peut s'expliquer par le calcul effectué (4 décimales tronquées et à la fin seulement, le montant est arrondi à deux décimales). 2. Après vérification du calcul du coût du médicament, si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le 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. 2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.5 <i>Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie</i>.

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. <i>Voir section 2.3.4.20 Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i> 4. Pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. <i>Voir section 2.3.5.3 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée.</i> 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. <i>Voir section 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.</i> 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. <i>Voir section 2.3.4.30 de l'onglet Communication interactive.</i>
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 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée du traitement</i>. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
EK	Ordonnance de longue durée; XXX jours	1. Il s'agit d'une ordonnance de longue durée pour laquelle la Régie a perçu plus d'une contribution. Le nombre de jours inscrit dans le message correspond à la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
ES	Service sur appel déjà payé NCE: *****	1. Ce message est conséquent à ce qu'une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturé dans la même journée. Cependant, s'il s'avère qu'un déplacement supplémentaire a été effectué au cours de la même journée, vous devez transmettre cette demande de paiement avec le code d'intervention / 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 pour le DIN *****	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 <i>Initiation d'une pharmacothérapie</i>. 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 2.3.4.21 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité</i>.
# KH	Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP) pour le DIN *****	1. Le médicament délivré est soumis au prix maximum payable (PMP). Le montant excédentaire non assuré par la Régie doit être payé par la personne assurée puisqu'elle appartient à la clientèle non vulnérable (personne soumise à une contribution). NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 2.3.4.31 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 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.
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'une aide financière de dernier recours n'a jamais été confirmé. Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la 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 2.3.4.20 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 ».

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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). 3. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas 30 jours, sauf pour les codes de services P et G, où plus d'un renouvellement est permis, en autant que la durée totale des traitements n'excède pas 30 jours (code d'intervention ou d'exception EO). 4. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour ce médicament (LISTEMED 93).
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 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	1. Les services 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 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LV	Quantité maximum dépassée, payable : *** pour le DIN *****	1. La quantité de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique au cours d'une période de 12 mois consécutifs est de 840 gommes, pour l'ensemble des pharmacies. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de gommes résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.
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 code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 2.3.4.20 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.
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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 <i>2.3.4.1 Médicament magistral</i>, <i>2.3.4.25 Thérapie parentérale</i>, <i>2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i> ou <i>2.3.4.27 Préparation de solution ophtalmique</i>).
#NM	Service et classe de produit incompatibles	1. Le système C.I.P. vérifiera la concordance des médicaments réclamés pour les codes de service suivants : - Code de service E 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 <i>Liste de médicaments</i> ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation. - Code de service F correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables, 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 <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>. - Code de service I correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le code DIN inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHF 68:20:08 de la <i>Liste de médicaments</i>. - Code de service B correspond à une ordonnance pour la préparation de placebo. Si oui, présence de la capsule vide (99001519) avec un ou des adjuvants ou présence d'un seul médicament actif avec un ou des adjuvants. - Code de service R correspond à une ordonnance pour préparation de solution ophtalmique. Si oui, le mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de la solution ophtalmique inscrite à la liste des renseignements généraux de la <i>Liste de médicaments</i>. - Code de service Q correspond à une ordonnance de mise en seringue de chlorure de sodium. Si oui, présence d'une seule solution de chlorure de sodium en solution injectable pour une mise en seringue de chlorure de sodium. - Code de service K correspond à une ordonnance pour dilution ou dissolution avec un solvant. Si oui, présence d'un seul médicament actif réclamé avec un adjuvant. - Code de service H correspond à une ordonnance pour la préparation de sachets. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu. - Code de service U correspond à une ordonnance pour la préparation de capsules. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants. - Code de service T correspond à une ordonnance pour une thérapie parentérale de type A à J. Si oui, présence d'un seul médicament réclamé avec un ou des adjuvants.

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 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 2.3.4.19 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 2.3.4.30 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 2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté.
NP	Service non valide personne sous surveillance	1. Vérifier s'il s'agit d'un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service pour qui vous êtes le pharmacien désigné. Si oui, le code de service de refus d'ordonnance ne peut être utilisé puisque ce service est non payable pour un prestataire soumis au mécanisme de surveillance. 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 <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> , au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i> , l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.
OW	Renouvellement verbal non permis	1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> , au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i> , le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.
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 <i>Liste de médicaments</i> .
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.

2.05 Aucun coût de transport ne peut être facturé à la personne admissible au programme.

ARTICLE 3 PROCÉDURE

3.01 Le pharmacien exécute une ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique pour une personne admissible en ayant recours à un pharmacien préparateur.

3.02 Le pharmacien dispensateur communique au pharmacien préparateur le numéro de l'ordonnance de la thérapie parentérale ou de la solution ophtalmique. Ce numéro de l'ordonnance doit être le même que celui pour lequel le pharmacien dispensateur fait la demande de paiement en médicament, honoraires et emballage.

3.03 Le pharmacien préparateur doit utiliser le formulaire de connaissance fourni par le transporteur et il doit obligatoirement inscrire le numéro de l'ordonnance sur le connaissance du transporteur ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien dispensateur. À défaut de l'inscription du numéro de l'ordonnance sur le connaissance, la Régie effectue, par post-paiement, une réclamation au pharmacien dispensateur des montants correspondant aux frais de l'emballage (qu'elle lui avait payé en mode interactif) et aux frais de transport de la compagnie choisie par le gouvernement.

3.04 La Régie rembourse au pharmacien dispensateur les frais encourus pour le transport de l'ordonnance de thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique entre le lieu du pharmacien préparateur et le lieu du pharmacien dispensateur selon la tarification établie à l'article 4.

3.05 Le pharmacien dispensateur doit garder les pièces justificatives pendant trois ans.

ARTICLE 4 TARIFICATION

4.01 Le tarif pour les frais de l'emballage est fixé à 5,00 \$.

4.02 Le tarif maximum pour les frais de transport d'urgence ou d'exception est fixé à 75,00 \$. Toutefois, lorsque le tarif du transporteur dépasse 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir l'autorisation préalable de la Régie en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.

4.03 Ces tarifs peuvent être revus annuellement sur la base de l'appel d'offres du choix du transporteur retenu par le Secrétariat du Conseil du trésor.

ARTICLE 5 ENTRÉE EN VIGUEUR

5.01 La présente entente entre en vigueur 90 jours après la date d'entrée en vigueur du décret n° 1283-2003, relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec, du programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques.

Cette entente se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'Entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN

Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

+ 6.7 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDEMIE**ENTENTE PARTICULIÈRE**

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DES PHARMACIENS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE EN SITUATION DE PANDEMIE

PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels des pharmaciens dans le cadre du programme de gratuité des médicaments identifiés au paragraphe 1.04 pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

ARTICLE 1**DÉFINITIONS**

Aux fins de la présente entente, les mots ci-après ont le sens suivant:

1.01 Situation de pandémie

Période durant laquelle le ministre donne accès gratuitement aux médicaments provenant de la réserve provinciale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

1.02 Personne admissible au programme

Personne atteinte d'un virus pandémique de la grippe, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le programme sauf celui fourni par un pharmacien avec qui la 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.

1.03 Pharmacien

Pharmacien assujéti à l'application de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

1.04 Médicaments

Les médicaments de ce programme proviennent de la réserve provinciale du MSSS. Ces médicaments sont fournis gratuitement par le MSSS et demeurent sa propriété.

Toutefois, si le pharmacien doit fournir le solvant nécessaire à la préparation magistrale d'une solution orale à partir d'un comprimé ou d'une capsule, il a droit au remboursement de ce solvant.

ARTICLE 2**PROCÉDURE**

2.01 Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant, d'un résident en médecine, ou d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments en vertu d'une loi du Québec, qui comprend les renseignements habituels.

2.02 La Régie paie les services professionnels prévus au paragraphe 3.01, compte tenu du paragraphe 4.03 et ce, dans la mesure où le pharmacien est dépositaire des médicaments identifiés au paragraphe 1.04.

2.03 Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la 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 la personne est âgée de moins d'un an;
- si la personne est âgée de quatorze (14) ans ou plus mais de moins de dix-huit (18) ans et qu'elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale mais à condition que le pharmacien fournisse les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- si la personne est immigrante et qu'elle présente une lettre de la RAMQ confirmant la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec ainsi que la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence.

2.04 La personne admissible au programme non visée au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer les services professionnels; par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir de la personne plus que ce qui est prévu au programme.

ARTICLE 3

LES SERVICES PROFESSIONNELS

3.01 Les services professionnels sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- le service sur appel;
- l'opinion pharmaceutique.

ARTICLE 4

RÉMUNÉRATION

4.01 Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus en situation de pandémie et énumérés au paragraphe 3.01 de la présente entente particulière les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et est soumis aux règles d'application prévues à cette entente.

4.02 Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.

4.03 La personne admissible au programme ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'elle reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'elle paierait autrement si elle obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A 29.01).

ARTICLE 5

DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR

5.01 Les conditions prévues à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires s'applique au programme.

5.02 Advenant la nécessité d'utiliser une fourniture pour l'administration d'un médicament de la réserve provinciale les parties doivent convenir des modalités qui s'appliquent.

5.03 La présente entente entre en vigueur le 30 octobre 2009 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de février 2010.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN

Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

