



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 33

JUILLET 2012

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

- INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) et [3](#)

- PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [4](#), [7](#) à 9 et [12](#)

- Modification des tarifs au 1^{er} juillet 2012

Page : [11](#)

- Modification de la liste des centres locaux d'emploi par région

Pages : [14](#) à 21

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [5](#), [6](#), [8](#), [11](#), [13](#) à 16, [20](#) à 29, [31](#), [33](#), [35](#), [37](#), [38](#), [40](#) à 44, [46](#), [48](#), [50](#), [51](#), [55](#), [58](#) à 63, [65](#), [69](#), [70](#), [75](#), [76](#) [83](#) et [87](#)

- Ajout du code PI dans la section *Codes d'intervention ou d'exception au regard de situation exceptionnelle*

Page : [9](#)

- Modification ou ajout des messages d'erreurs et des mesures à prendre

Pages : [74](#) à 77, [80](#), [82](#) à 84 et [87](#) à 90

- Ajouts d'avis administratif

Pages : [36](#) et [37](#)

- **ENTENTE**

- Ajout d'un avis

Page : [16](#)

- Modification aux annexes VI et VII

Pages : [21](#) et [23](#)

- **AUTRES PROGRAMMES**

- Ajouts d'avis

Pages : [5](#), [12](#) et [13](#)

- **TARIF**

- Modification d'ordre administratif

Page : [7](#)

- **MANUELS ET FORMULAIRES**

- Modification d'ordre administratif

Page : [2](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :
131 / 17-11-08, 006 / 09-04-10, 007 / 09-04-10, 059 / 21-06-10, 247 / 17-02-11, 090 / 27-06-11, 197 /
23-11-11, 054 / 30-05-12 et 069 / 18-06-12

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
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les pharmaciens sur les modalités d'application du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À cet égard, il contient notamment le texte de l'Entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Il traite aussi de l'admissibilité des personnes, des modalités de la communication interactive, de la demande de remboursement à la personne assurée, des renseignements relatifs au paiement et les services professionnels et pharmaceutiques. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

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

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

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

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

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

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

#

Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, voir la **page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

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

Par télécopieur :

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

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel. - Tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'entente. - Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement, d'un document officiel ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé. - L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

OÙ APPELER EN CAS DE BESOIN?

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
1. Ordinateur - imprimante - modem - logiciels (en pharmacie)	
# L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur : - leur fonctionnement; - leur utilisation; - les modifications à y apporter; - une communication qui ne peut être établie avec la Régie, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent.	Suivre les instructions de votre développeur de logiciel.
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif	
Contribution - pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance - franchise - plafond). Demande de remboursement - pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée. Divers problèmes de communication interactive - pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc). Entente - pour des explications sur l'Entente. États de compte - pour des données sur les états de compte. Expertise pharmaceutique - pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique). Inscription - pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments. Médicaments ou patients d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours # - pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la « Mesure du patient d'exception » ou à un prestataire d'une aide financière de dernier recours.	Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens en composant : - Québec et région : 418 643-9025 - Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR) Des préposés répondent de : 8 h 30 à 17 h 30, du lundi au vendredi En dehors de ces périodes, un système de boîte vocale enregistre les messages et un préposé rappelle dès l'ouverture du Centre.

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)	
Message d'erreur - pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la Régie. Numéro d'assurance maladie (NAM) - pour obtenir le NAM d'une personne assurée qui n'a pas sa carte en sa possession, s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans.	
3. Renseignements généraux	
- Commande de formulaires ou de publications (voir sous l'onglet <i>Manuels et formulaires</i>). - Demande d'état de compte. - Demande de remplacement de chèque. - Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la Régie.	Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens en composant : - Québec et région : 418 643-9025 - Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)
4. Consultation ou transmission de document	
- Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens. - Consultation dans Internet des publications et des communiqués de la Régie.	- Numéros du télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 - Adresse du courrier électronique : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca - Adresse Internet : http://www.ramq.gouv.qc.ca

	<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 <i>DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE n° 3621</i>	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	8
#6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE	10
#6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES.	12
7. TARIF	1
8. MANUELS ET FORMULAIRES.	1

C) SANS photo, AVEC signature



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

D) AVEC photo, SANS signature



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

1.1.2 Description du carnet de réclamation

Carnet de réclamation

Volet gauche

1. Numéro de dossier

2. Nom du ou de la prestataire

3. Validé

4. Message

5. Chez tous les pharmaciens

Volet droit

8. Référence

9. Enfants à charge

10. Numéro de carnet

10. Signature

Spécimen

A- 00000000

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
SR-0009 (01-2007)

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

A) Volet de gauche :

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

B) Volet de droite :

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

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

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

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

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

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

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

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.3 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.18 pour les instructions de facturation.

1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide**1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base**

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

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

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

Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.5 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.28 pour les instructions de facturation.

1.2.6 Bénéficiaires du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie

Ce programme s'adresse à toute personne atteinte d'un virus pandémique de la grippe, qui réside au Québec et qui présente une carte d'assurance maladie ou un carnet de réclamation valides.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Autres programmes*, section 6.7 pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section 2.3.4.17 pour les instructions de facturation.

1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Pour la personne qui détient un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, la **présentation du carnet ou de la preuve valides est obligatoire**. Son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet ou de la preuve présentés, selon les indications énumérées à la section 1.3.1.

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

- # S'il s'agit d'un bénéficiaire du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose ou d'un bénéficiaire du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, son identification sur la demande de paiement se fait à partir des renseignements du carnet de réclamation, de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments ou de la carte d'assurance maladie valides. (voir les sections 2.3.4.15, 2.3.4.16, 2.3.4.17 et 2.3.4.28 sous l'onglet *Communication interactive*).

1.3.1 Prestataires d'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation

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

1) LE DÉTENTEUR PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :**a) La date de service est antérieure à la date de fin de validité du carnet**

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

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

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

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

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

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

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

- # Pour agir à titre de pharmacien désigné, le pharmacien reçoit une rémunération mensuelle de 20 \$ pour le mois ou la partie de mois, et ce, pour chaque détenteur de carnet soumis au mécanisme de surveillance (Pour les instructions de facturation de la rémunération mensuelle, voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet *Communication interactive*).

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

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

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

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

- # Après s'être assuré de la validité de la preuve à la date de service, le pharmacien **remplit une demande de paiement, à partir des renseignements inscrits sur le document présenté, indique le code d'intervention ou d'exception correspondant à la situation et transmet la demande par communication interactive** (voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet *Communication interactive* pour connaître les renseignements à fournir dans ce cas).

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

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

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

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

valeur

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

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

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

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

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

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

d) Dans tous les autres cas

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

1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments**1) LA PERSONNE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) sans numéro d'assurance maladie**

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

- le numéro d'assurance maladie et le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie de l'un des parents; **valeur**
- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an; 2
- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;
- le prénom du nouveau-né;
- la date de naissance du nouveau-né (AAAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

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

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

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

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

d) Dans tous les autres cas

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

TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC				
Catégories de personnes	Franchise mensuelle (à partir du 01/07/2012)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2012)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2012)	Prime ¹ à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2012)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
# Prestataire d'une aide financière de dernier recours (détenteur d'un carnet de réclamation)	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
# Personnes de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du SRG ² maximal	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
# Personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG ² maximal (SRG ² partiel)	16,25 \$	32 %	50,97 \$ / mois 612 \$ / année	0 à 579 \$ par personne
# Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG ²	16,25 \$	32 %	82,66 \$ / mois 992 \$ / année	0 à 579 \$ par personne
# Adhérents adultes	16,25 \$	32 %	82,66 \$ / mois 992 \$ / année	0 à 579 \$ par personne

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

2 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 2.3.4.20).

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

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

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

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

Exemple :

Personne de plus de 65 ans sans SRG (Contribution maximale mensuelle : 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 \$

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

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

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

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

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

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

**1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION
SOMMAIRE**

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

01. RÉGION DU BAS-ST-LAURENT**DIRECTION RÉGIONALE****Bas-Saint-Laurent**

287, rue Pierre-Saindon, bureau 103
Rimouski QC G5L 9A7
Tél. : 418 723-5677 ou 1 866 943-7783

CENTRES LOCAUX**Amqui**

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

La Pocatière

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

Matane

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

Mont-Joli

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

Rimouski-Neigette

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

Rivière-du-Loup

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

#Témiscouata

4, rue de la Gare
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1E0
Tél. : 418 854-2544 ou 1 800 463-4709

Trois-Pistoles

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

02. RÉGION DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN**DIRECTION RÉGIONALE****Saguenay-Lac St-Jean**

210, rue des Oblats Ouest
Chicoutimi QC G7J 2B1
#Tél. : 418 549-0595 ou 1 800 463-9641

CENTRES LOCAUX**Chicoutimi**

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

Jonguière

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

La Baie

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

Lac-Saint-Jean-Est

725, rue Harvey Ouest, 2^e étage
Alma QC G8B 1P5
Tél. : 418 668-5281 ou 1 800 668-5281

Maria-Chapdelaine

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

Roberval

755, boulevard St-Joseph, 1^{er} étage
bureau 213
Roberval QC G8H 2L4
Tél. : 418 275-5442 ou 1 800 567-7493

03. RÉGION CAPITALE-NATIONALE**DIRECTION RÉGIONALE****Capitale nationale**

2500, boulevard Montmorency
bureau 301
Québec QC G1J 5C7
Tél. : 418 643-6875 ou 1 800 463-5947

CENTRES LOCAUX**Baie-Saint-Paul**

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

Beauport

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

Charlesbourg

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

Côte-de-Beaupré

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

Des Quartiers-Historiques

400, boulevard Jean-Lesage, Hall ouest
bureau 40
Québec QC G1K 8W1
Tél. : 418 643-3300

La Malbaie

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

Portneuf

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

Sainte-Foy

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

04. RÉGION DE LA MAURICIE**DIRECTION RÉGIONALE****Mauricie**

225, rue des Forges
5^e étage
Trois-Rivières QC G9A 5Z5
#Tél. : 819 371-4945 ou 1 800 567-7959

CENTRE LOCAUX**Grand-Mère**

401, 5^e Avenue, 1^{er} étage
#bureau 10
Grand-Mère QC G9T 2M3
Tél. : 819 538-0762 ou 1 800 263-9829

La Tuque

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

Louiseville

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

Sainte-Geneviève-de-Batiscan

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

Sainte-Thècle

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

Shawinigan

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

Trois-Rivières

#225, rue des Forges, 1^{er} étage
bureau 100
Trois-Rivières QC G9A 6N4
#Tél. : 819 371-6880 ou 1 800 668-6538

05. RÉGION DE L'ESTRIE**DIRECTION RÉGIONALE****Estrie**

#70, rue King Ouest
bureau 400
#Sherbrooke QC J1G 0G6
Tél. : 819 569-9761 ou 1 866 283-1114

CENTRES LOCAUX**Asbestos**

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

Coaticook

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

East Angus

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

Lac-Mégantic

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

Magog

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

Sherbrooke

#70, rue King Ouest
#bureau 100
#Sherbrooke QC J1J 0G6
#Tél. : 819 820-3411 ou 1 800 268-3411

Windsor

#5, rue des Sources
#bureau 110
#Windsor QC J1S 2X3
Tél. : 819 845-2717 ou 1 800 563-9127

06. RÉGION DE MONTRÉAL**DIRECTION RÉGIONALE****Montréal**

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

CENTRES LOCAUX**Ahuntsic**

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

Côte-des-Neiges

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

Crémazie

1415, rue Jarry Est
bureau 400
Montréal QC H2E 3B4
#Tél. : 514 864-8353

Fleury

535, rue Fleury Est
Montréal QC H3L 1G6
#Tél. : 514 872-5000

Hochelaga-Maisonneuve

#4427, rue De Rouen
#Montréal QC H1V 1H1
Tél. : 514 872-3100

Lachine

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

Lasalle

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

Mercier

6690, rue Sherbrooke Est
bureau 200
Montréal QC H1N 3W3
#Tél. : 514 872-4747

Montréal-Nord

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

Notre-Dame-de-Grâce

3285, boulevard Cavendish
2^e étage
Montréal QC H4B 2L9
#Tél. : 514 872-7139

Ouest-de-l'île

#1000, boulevard Saint-Jean, 4^e étage
Pointe-Claire QC H9R 5Y8
Tél. : 514 694-9494

Parc Extension

7077, avenue du Parc
bureau 101
Montréal QC H3N 1X7
#Tél. : 514 872-3188

Plateau Mont-Royal

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

Pointe-aux-Trembles

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

Pointe Saint-Charles

2175, rue Saint-Patrick
#bureau 300
Montréal QC H3K 1B4
Tél. : 514 872-6426

Rosemont-Petite-Patrie

#5656, rue d'Iberville
#Montréal QC H2G 2B3
Tél. : 514 872-6550

Saint-Laurent

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

Saint-Léonard

#8257, boulevard Langelier
#Saint-Léonard QC H1P 2B7
Tél. : 514 864-6161

Sainte-Marie-Centre-Sud

1260, rue Sainte-Catherine Est, 3^e étage
Montréal QC H2L 2H2
#Tél. : 514 872-2326

Saint-Michel

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

Verdun

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

Ville-Émard

6620, boulevard Monk
Montréal QC H4E 3J1
#Tél. : 514 872-6600

07. RÉGION DE L'OUTAOUAIS**DIRECTION RÉGIONALE****Outaouais**

16, Impasse de la Gare-Talon, 3^e étage
Gatineau QC J8T 0B1
Tél. : 819 246-2494 ou 1 888 772-3694

CENTRES LOCAUX**Aylmer**

420, boulevard Wilfrid-Lavigne
bureau 6
Gatineau QC J9H 6W7
Tél. : 819 682-0362 ou 1 800 567-9678

Buckingham

154, MacLaren Est
Gatineau QC J8L 1K4
Tél. : 819 986-8596 ou 1 800 567-9694

Campbell's Bay

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

Gatineau

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

Hull

170, rue Hôtel-de-Ville, 9^e étage
Gatineau QC J8X 4C2
#Tél. : 819 772-3502 ou 1 866 723-1226

Maniwaki

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

Papineauville

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

08. RÉGION DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE**DIRECTION RÉGIONALE****Abitibi-Témiscamingue**

180, boulevard Rideau, R.C.
bureau 01

Rouyn-Noranda QC J9X 1N9

#Tél. : 819 763-3226 ou 1 877 253-4001

CENTRES LOCAUX**Amos**

262, 1^{re} Avenue Est

Amos QC J9T 1H3

Tél. : 819 444-5287 ou 1 800 567-6507

La Sarre

655, 2^e rue Est

La Sarre QC J9Z 2Y9

#Tél. : 819 339-7901

Rouyn-Noranda

189, rue Murdoch, 1^{er} étage

Rouyn-Noranda QC J9X 1E3

Tél. : 819 763-3583 ou 1 800 263-9583

Senneterre

481, 7^e Avenue Ouest

Senneterre QC J0Y 2M0

Tél. : 819 737-2258 ou 1 800 363-2258

Val-d'Or

186, avenue Perreault

Val-d'Or QC J9P 2H5

#Tél. : 819 354-4842 ou 1 877 229-0538

Ville-Marie

1B, rue Notre-Dame Nord

Ville-Marie QC J9V 1W5

Tél. : 819 629-6213 ou 1 800 463-3931

09. RÉGION DE LA CÔTE-NORD**DIRECTION RÉGIONALE****Côte-Nord**

550, boulevard Blanche

Baie-Comeau QC G5C 2B3

Tél. : 418 295-4020 ou 1 800 463-6443

CENTRES LOCAUX**Baie-Comeau**

625, boulevard Lafleche

bureau 1.810

Baie-Comeau QC G5C 1C5

Tél. : 418 589-3719 ou 1 800 463-8542

Forestville

134, Route 138 Est

Forestville QC G0T 1E0

Tél. : 418 587-6611 ou 1 800 463-0738

Havre-Saint-Pierre

1280, rue de la Digue

bureau 200

Havre-Saint-Pierre QC G0G 1P0

Tél. : 418 538-2288 ou 1 800 463-0735

Les Escoumins

459, Route 138

Les Escoumins QC G0T 1K0

Tél. : 418 233-2501

Port Cartier

2, rue Elie-Rochefort

Port-Cartier QC G5B 2N2

Tél. : 418 766-6932

Sept-Îles

456, avenue Arnaud, R.C.

bureau 11

Sept-Îles QC G4R 3B1

Tél. : 418 962-6545 ou 1 800 663-1934

10. RÉGION NORD-DU-QUÉBEC**DIRECTION RÉGIONALE****Nord du Québec**

129, rue des Forces-Armées

Chibougamau QC G8P 3A1

Tél. : 418 748-8622 ou 1 866 840-9344

CENTRES LOCAUX**Baie James**

333, 3^e Rue

Chibougamau QC G8P 1N4

Tél. : 418 748-7643 ou 1 866 722-7354

Chisasibi

C.P. 899

Chisasibi QC J0M 1E0

Tél. : 819 855-2894 ou 1 800 567-4385

Inukjuak

C.P. 281

Inukjuak QC J0M 1M0

Tél. : 819 254-8760

Kuujuaq

#732, rue Siuralikuuk

#C.P. 300

Kuujuaq QC J0M 1C0

#Tél. : 819 964-2909

11. RÉGION DE LA GASPÉSIE-ILES-DE-LA-MADELEINE**DIRECTION RÉGIONALE****Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine**

11, de la Cathédrale

Gaspé QC G4X 2W1

Tél. : 418 360-8661 ou 1 800 463-4226

CENTRES LOCAUX**Avignon**

#314, boulevard Perron,

bureau A

Carleton QC G0C 1J0

Tél. : 418 364-3324 ou 1 877 229-0541

Bonaventure

151, avenue Grand-Pré

C.P. 400

Bonaventure QC G0C 1E0

#Tél. : 418 534-2823 ou 1 800 875-9725

Côte-de-Gaspé

96, Montée de Sandy Beach

bureau 2.11

Gaspé QC G4X 2V5

Tél. : 418 360-8241 ou 1 800 663-3647

Haute-Gaspésie

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

Iles-de-la-Madeleine

120, Chemin Gros-Cap
 Cap-aux-Meules QC G4T 1K8
 #Tél. : 418 986-4411 ou 1 855 272-3580

Rocher-Percé

101, rue Commerciale Ouest
 Chandler QC G0C 1K0
 Tél. : 418 689-2201

12. RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES**DIRECTION RÉGIONALE****Chaudière-Appalaches**

5130, boulevard de la Rive-Sud
 bureau 300
 Lévis QC G6V 9L3
 #Tél. : 418 838-2605 ou 1 800 463-5907

CENTRE LOCAUX**Lac Etchemin**

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

L'Islet

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

Littoral

#1205, boulevard de la Rive-Sud
 #bureau 300
 #Saint-Romuald QC G6W 0K9
 #Tél. : 418 835-1500 ou 1 800 561-4380

Montmagny

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

Sainte-Croix

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

Saint-Georges

11400, 1^{re} Avenue
 # bureau 30
 # Saint-Georges QC G5Y 2S4
 Tél. : 418 228-9711 ou 1 800 463-3024

Saint-Joseph-de-Beauce

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

Saint-Lazare

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

Sainte-Marie

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

Thetford-Mines

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

13. RÉGION DE LAVAL**DIRECTION RÉGIONALE****Laval**

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

CENTRES LOCAUX**Chomedey-Sainte-Dorothée**

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

Laval-des-Rapides

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

14. RÉGION DE LANAUDIÈRE**DIRECTION RÉGIONALE****Lanaudière**

40, rue Gauthier Sud, 2^e étage
 Bureau 2000
 Joliette QC J6E 4J4
 Tél. : 450 752-6888 ou 1 877 465-1933

CENTRES LOCAUX**Berthierville**

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

Joliette

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

Rawdon

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

Repentigny

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

Saint-Jean-de-Matha

941, rue Louis-Cyr
 Saint-Jean-de-Matha QC J0K 2S0
 Tél. : 450 886-1826 ou 1 888 872-0048

Ste-Julienne

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

Terrebonne

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

15. RÉGION DES LAURENTIDES**DIRECTION RÉGIONALE****Laurentides**

55, rue Castonguay, 2^e étage
Saint-Jérôme QC J7Y 2H9
#Tél. : 450 569-7575

CENTRES LOCAUX**Lachute**

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

Mirabel-Saint-Janvier

13479, boulevard Curé-Labelle
bureau 205
Mirabel QC J7J 1H1
#Tél. : 450 979-2313 ou 1 866 225-7336

Mont-Laurier

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

Sainte-Adèle

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

Sainte-Agathe

1, rue Raymond
#Sainte-Agathe-des-Monts QC J8C 2X2
Tél. : 819 326-5861 ou 1 800 567-8334

Sainte-Thérèse

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

Saint-Eustache

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

Saint-Jérôme

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

16. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE**DIRECTION RÉGIONALE****Montérégie**

790, boulevard Quinn
Longueuil QC J4H 2N5
#Tél. : 450 928-7709

Montérégie

3225, Av Cusson
bureau 5500
Longueuil QC J2S 0H7
#Tél. : 450 773-7463 ou 1 866 740-2135

CENTRES LOCAUX**Acton Vale**

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

Boucherville

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

Brome-Missisquoi

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

Brossard

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

Châteauguay

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

Contrecoeur

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

La Haute-Yamaska

77, rue Principale, RC.02
Granby QC J2G 9B3
Tél. : 450 776-7234

La Vallée-du-Richelieu

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

Le Haut-Richelieu

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

Le Haut-St-Laurent

#220, rue Châteauguay
Huntingdon QC J0S 1H0
Tél. : 450 264-5323 ou 1 800 567-0220

Longueuil

#2877, chemin de Chambly
bureau 40
#Longueuil QC J4L 1M8
#Tél. : 450 677-5517 ou 1 866 854-4077

Marieville

497, rue Sainte-Marie
Marieville QC J3M 1M4
#Tél. : 450 460-4430 ou 1 888 872-0680

Saint-Constant

126, rue Saint-Pierre
Saint-Constant QC J5A 2P1
#Tél. : 450 635-6221 ou 1 866 225-4097

Saint-Hubert

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

Saint-Hyacinthe

3100, boulevard Laframboise
bureau 107
Saint-Hyacinthe QC J2S 4Z4
Tél. : 450 778-6589 ou 1 800 465-0719

Saint-Rémi

221, rue de l'Église
Saint-Rémi QC J0L 2L0
Tél. : 450 454-4054 ou 1 800 792-9616

Sorel

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

Valleyfield

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

Vaudreuil-Soulanges

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

17. RÉGION CENTRE-DU-QUÉBEC**DIRECTION RÉGIONALE****Centre-du-Québec**

1680, boulevard Saint-Joseph
bureau RC 07
Drummondville QC J2C 2G3
#Tél. : 819 475-8701 ou 1 877 343-0971

CENTRES LOCAUX**Drummondville**

#270, rue Lindsay, RC
Drummondville QC J2B 1G3
#Tél. : 819 475-8431 ou 1 800 567-3868

L'Érable

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

Nicolet-Bécancour

#1300, boulevard de Port-Royal
#Bécancour QC G9H 1X6
#Tél. : 819 233-3711 ou 1 866 523-3711

Victoriaville

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

2. COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

- # Si le pharmacien ne peut établir la communication avec la Régie et s'il ne peut faire traiter sa demande de paiement :
- il doit suivre les instructions de son développeur de logiciel;
 - s'il exécute immédiatement l'ordonnance, il pourra transmettre sa demande de paiement lorsque la communication sera rétablie avec la Régie et informer la personne assurée de sa contribution.

2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

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

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

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

Centre de support aux pharmaciens

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

De 8 h 30 à 17 h 30 du lundi au vendredi, des préposés peuvent répondre à toutes les questions du pharmacien. (voir exemples de situations ci-dessous).

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

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

EXEMPLES DE SITUATIONS

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

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

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

Besoins
- Le pharmacien a besoin d'une expertise pharmaceutique pour une considération spéciale ou - expose un problème relatif à un cas de « patients/médicaments d'exception (PME) ».

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

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

C) Autres renseignements

Besoins
- Le pharmacien a besoin d'aide pour comprendre des données inscrites à l'état de compte ou - a besoin d'aide pour comprendre certains éléments de l'Entente ou - a besoin de renseignement pour remplir une <i>Demande de remboursement à la personne assurée n° 3621</i>.

D) Formulaires, publications et autres

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

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

2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

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

2.3.1 Introduction

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

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

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

2.3.2 Délai de facturation

2.3.2.1 Facturation

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

Si la date de service se retrouve à l'extérieur du délai de 90 jours, contacter le centre de support aux pharmaciens.

2.3.2.2 Correction de la facturation

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

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

Au delà du 7 jours, vous devez téléphoner au Centre de support aux pharmaciens pour faire réactiver vos demandes de paiement afin de les annuler par la suite.

2.3.3 Données de facturation - cas régulier

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

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

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

- le numéro de version de la norme;
- le code de la transaction effectuée (valeur 01);
- le numéro d'identification du développeur de logiciel;
- le numéro de version du logiciel utilisé en pharmacie.

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

■ Section B : données de dispensation

- le numéro d'inscription à la Régie de la pharmacie (6 chiffres);
- la date de service (SSAAMJJJ);
- le numéro de contrôle (numéro séquentiel attribué à chaque demande de paiement par le logiciel de facturation).

Ce numéro de contrôle sera retourné avec chaque réponse du système d'autorisation pour faire le lien avec la transaction transmise par la pharmacie.

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

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

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

valeur

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

• programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS)	1K
• programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS)	1L
• programme « tuberculose » avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose)	2K
• programme « tuberculose » avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose)	2L
• patient d'exception	40
• médicament d'exception	41
• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	04
• programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie	06

#

(voir la section 2.3.4.15 MTS, la section 2.3.4.16 Tuberculose, 2.3.4.17 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie, la section 2.3.5.1 Médicament d'exception, la section 2.3.5.2 Mesure du patient d'exception et la section 2.3.4.28 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence du présent onglet)

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

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

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

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

2.3.3.1 Identification de la personne

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

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

2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel

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

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

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

■ Section D : Ordonnance et service professionnel

Les renseignements à fournir sont :

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

valeur

- le code du service professionnel effectué;

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

(*) Pour les services suivis d'un astérisque, voir les sections 2.3.4.1 à 2.3.4.17 et les sections 2.3.4.25 à 2.3.4.35 du présent onglet.

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

- le nombre de renouvellements;

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

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

valeur

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

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

- # - le code de sélection;

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

- le format d'acquisition;

Inscrire le numéro correspondant au conditionnement acheté;

- la source d'approvisionnement;

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

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

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

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

- le type de service exécuté;

Pour les codes de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium et de la préparation de solution ophtalmique, inscrire également le type de service exécuté. (voir les sections 2.3.4.1 et 2.3.4.25 à 2.3.4.27).

- la durée de traitement exprimée en jours (trois chiffres);

Cette durée doit correspondre à la quantité fournie divisée par la posologie prescrite. Toutefois, un nombre de jours approximatif doit être inscrit si la durée du traitement ne peut être calculée avec précision compte tenu de la posologie ou de la forme pharmaceutique. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une utilisation variable au besoin, la détermination de la durée de traitement doit tenir compte de la posologie maximale journalière.

- le code d'intervention ou d'exception;

Cet indicateur permet au pharmacien de préciser la nature d'une situation particulière concernant la personne assurée, l'ordonnance ou le service professionnel. Selon la situation, cet indicateur est obligatoire. On peut indiquer jusqu'à 4 codes d'intervention ou d'exception sur une demande de paiement parmi les suivants :

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

valeur

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

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

		<i>valeur</i>
#	• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité	MG
	• montant supérieur à 1 000 \$	MP
	• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière	MQ
	• pour indiquer une pharmacothérapie initiale	MT
	• pilule du lendemain (facturation d'un format complet)	PL
	• pour permettre la facturation en piluliers (code de service G ou P) d'un produit de format indivi- sible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format	PI
	• pharmacie désignée contactée ou non	UI
	• PAE sous contrôle en situation d'urgence - pathologie aiguë	VE

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

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

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

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

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

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

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

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

- le montant demandé pour le médicament ou la fourniture;

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

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

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

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

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

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

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

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

valeur

- le type de prescripteur de l'ordonnance;

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

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

(**) Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière). Dans ces deux cas, les cinq premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom doivent être inscrits sur la demande de paiement.

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

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

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

2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers

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

2.3.4.1 Médicament magistral

■ Principes à respecter :

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

valeur

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

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

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

- préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste de médicaments* et qui renferme :
 - une seule substance active ou A
 - un mélange de solution orale de didanosine et de suspension de magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d') A
- préparation d'un rince-bouche résultant du mélange
 - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou B
 - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants. . . . B
- préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste de médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants C
- préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, **à l'exception** d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 % D
- préparation ophtalmique renfermant de l'amikacine, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou; E
 - de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de 3 mg/mL et plus. E
- solution ou suspension orale d'acide folique, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine . . F
- une des préparations suivantes :
 - préparation topique de moutarde azotée (chlorhydrate de méchloréthamine) G
 - préparation pour usage rectal à base de sucralfate. G
 - préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem G

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

Lorsqu'un ingrédient est disponible sous la forme d'un conditionnement indivisible, la quantité peut correspondre à une fraction de ce conditionnement, sauf si le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du conditionnement. Dans ce cas, une autorisation est requise pour une facturation en considération spéciale, et c'est la quantité totale du conditionnement qui s'ajoute à la quantité des autres ingrédients du médicament magistral.

- Le coût de la composante.

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

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

#

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

2.3.4.2 Fournitures

2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espace

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- fourniture de chambre d'espace X

- Le montant du service au 1^{er} avril 2009 a été établi à 8,44 \$ et à 7,89 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- fourniture de masque pour chambre d'espace Y

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

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

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : X ou Y	Code DIN de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de fourniture
	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant de la fourniture	Montant du service	No pharmacien instrumentant
No prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables**■ Principes à respecter :**

- Le coût du service prévu pour la fourniture de seringue-aiguilles jetables ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :
 - le service a été prévu 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	Code 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 servira à la dilution ou à la dissolution.
- Un seul montant de service est payable pour le médicament et le solvant (voir la Règle 3 de l'annexe II de l'Entente).

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	Code 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

#

2.3.4.6 Service sur appel

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

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- service sur appel A

- Inscrire un numéro d'ordonnance: Il doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques

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

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

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

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

2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

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

■ **Principes à respecter :***valeur*

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

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

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

#

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

2.3.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24**■ Principes à respecter :**

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

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

Durée de traitement	Tarif au 1 ^{er} avril 2009
Entre 1 et 7 jours	4,14 \$
Entre 8 et 14 jours	8,28 \$
Entre 15 et 21 jours	12,42 \$
Entre 22 et 28 jours	16,56 \$

valeur

- Inscrire le code de service;

• pilulier P

- Inscrire une durée de traitement de **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement).

- Inscrire le montant du frais de service correspondant à la durée de traitement prévue.

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

#

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

2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement

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

■ **Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
- pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire). CV

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

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

#

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

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	Code 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° pharmacien instrumentant
N° 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	Code 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	Code 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	Code 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	Code 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 deux façons, au choix du pharmacien.

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

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution d'une ordonnance O

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

- pilule du lendemain PL

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

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

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

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

#

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

2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

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

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

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

■ **Principes à respecter :**

Section C :

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

- le numéro d'assurance maladie et le numéro séquentiel de la carte d'assurance maladie de l'un des parents;
valeur
- le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'un dépendant mineur de moins d'un an; 2
- le nom de famille à la naissance du nouveau-né;
- le prénom du nouveau-né;
- la date de naissance du nouveau-né (SSAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

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

- le pharmacien doit **appeler le Centre de support aux pharmaciens de la Régie** pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance, du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.
- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement :
 - programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS) 1K
 - programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) 1L

Section D :

- Inscrire le code DIN du médicament (voir Addenda de la *Liste de médicaments*).
- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellements, car le renouvellement de cette **ordonnance n'est pas payable**.

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements = 0	Nature/expression de l'ordonnance	Code 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	

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

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

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

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

■ **Principes à respecter :**

Section C :

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

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

valeur

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

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

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

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

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

Section D :

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

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

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

#

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code 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 :**

- Inscrire 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 :

- Inscrire 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	Code 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

AVIS : Cette section est suspendue depuis janvier 2005

Un détenteur de carnet ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments et qui est soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments doit obligatoirement s'adresser 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

AVIS : Cette section est suspendue depuis janvier 2005

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 cinq 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	Code 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 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 :	2011-12-30
#	Date de service de la demande de paiement antérieure :	2011-12-04
#	Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
#	Date prévue du renouvellement :	2012-01-03 (2011-12-04 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement suivant :	2012-02-02 (2012-01-03 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement subséquent :	2012-03-04 (2012-02-02 + 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	Code 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	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : MG
Montant du médicament ou de la fourniture	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité modifiée de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.22 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	Code 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	Code 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	Code 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

Type	Description	Tarif au 2009-04-01	
		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	Code 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	Code 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	Code 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 (Régie), 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 Régie. 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 peut 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	

2.3.4.31 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	Code de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : EO ou EB
Montant du médicament	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.32 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 ^o pharmacien instrumentant	N ^o 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	Code 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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

#

2.3.4.35 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	Code 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 Régie. 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** 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	Code 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 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	Code 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	Code 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	Code 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 de version de la norme;
- le code de la transaction effectuée (valeur 11);
- le numéro d'identification du développeur de logiciel;
- le numéro de version du logiciel utilisé en pharmacie.

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

■ **Section B : données de dispensation**

- le numéro de la pharmacie (6 chiffres);
- la date de service (AAMMJJ);
- le numéro de contrôle de la demande de paiement à annuler;

■ **Section C : identification de la personne assurée**

- Numéro d'assurance maladie (champ non obligatoire).

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

- le numéro de l'ordonnance;
 - la date de la transaction;
- Il s'agit de la date à laquelle la 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.

2.8 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 développeur de 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 développeur de logiciel.
03	Code de transaction en erreur (◆)	1. Le code de transaction est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33
#		2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
04	N° de développeur de logiciel en erreur (◆)	1. Le numéro de développeur de logiciel est obligatoire et le développeur doit le donner.
#		2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
05	Numéro de version de logiciel en erreur (◆)	1. Le numéro de version de logiciel est obligatoire et le développeur de doit le donner.
#		2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
21	Numéro de pharmacie en erreur (◆)	1. Le numéro de pharmacie est obligatoire. Il est formé de 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 développeur de 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 : 120701.
#		2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de 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 développeur de 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
58	Quantité en erreur pour le DIN *****	- 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; - 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. - 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	- 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; - 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. - 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. - 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. - 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. - 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 ^o ou nom de prescripteur invalide	1. Le numéro du prescripteur (6 chiffres) est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement. 2. Si le type de prescripteur est « Hors Québec (99) », le nom de famille (6 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement. 3. Si le type de prescripteur est 56, vérifier si le numéro du prescripteur est égal au numéro du pharmacien instrumentant.
#62	Code de sélection en erreur	1. Vérifier si le code 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 sections 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i> ou 2.3.4.27 <i>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 ou s'il correspond aux conditions prévues d'utilisation. 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	Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN : *****	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.
#87	Sexe non permis pour le code d'indication reconnue. DIN *****	1. Certains codes d'indication reconnue sont limités dans leur utilisation seulement à l'un des deux sexes (homme ou femme). Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée de sexe différent de celui permis sera rejetée.
#88	Nombre maximal d'autorisations dépassé pour le code d'indication reconnue	1. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont restreints dans leur utilisation à un nombre maximal au cours de la vie de la personne assurée. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dépassant le nombre permis pour une même personne assurée sera rejetée.
#89	L'autorisation précédente a pris fin le le *****, période d'attente non atteinte.	1. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont restreints dans leur utilisation à une période d'attente avant leur réutilisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dont la date de service est incluse dans la période d'attente pour une même personne assurée sera rejetée.
#90	Date de transaction en erreur (t)	1. La date de transaction est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : 120701. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE :

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de fin est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, ne rien inscrire dans ce champ.
#93	Le code d'indication reconnue est absent ou invalide. DIN *****	1. Pour une facturation comportant un médicament d'exception codifié, lorsqu'il n'existe pas d'autorisation au préalable de la Régie, le code d'indication reconnue à durée limitée est obligatoire et doit être valide.

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 <i>Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif)</i>. 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
		3. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain. 4. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.
#D1	Code de produit non payable : *****	1. 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 *****	1. Vérifier si le code DIN ou le format d'acquisition du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.
D3	Prescripteur non admissible	1. Vérifier si le numéro du prescripteur correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2. En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le prescripteur doit être un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement. 3. En présence du code de service 1 (refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement) ou 3 (opinion pharmaceutique), le prescripteur doit être différent d'un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement.
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : *****	1. Au dossier de la personne assurée à la Régie, le nombre de renouvellements de cette ordonnance est égal à 0 ou la date de fin de validité de l'ordonnance est atteinte (ordonnance expirée). - il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente : inscrire le code d'intervention / exception EO ou EB (référence, point 2.3.4.31 de l'onglet <i>Communication interactive</i>). 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 <i>Communication interactive</i> de votre manuel). - sinon : une nouvelle ordonnance est requise. 2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (code de service = 1) : aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de MTS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		4. Le renouvellement d'une ordonnance pour un médicament narcotique n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 5. Le renouvellement de la contraception orale d'urgence prescrit par le pharmacien n'est pas payable. Vérifier la nature/ expression de l'ordonnance ou le numéro du prescripteur.
D6	Montant total supérieur à 1 000 \$	1. Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 \$, inscrire le code d'intervention/exception propre à cette situation « MP ». Voir section 2.3.4.23 <i>Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$.</i>
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 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i>
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 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i>

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 <i>vérification des tarifs</i> (voir section 7 <i>Tarif du présent manuel</i>), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
#DJ	Coût 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 développeur 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 développeur de 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 avec ce code de service pour le DIN : *****	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.
#HZ	Quantité maximale restante pour l'autorisation : *****	1. Le message est affiché lorsqu'il y a une restriction sur la quantité pouvant être facturée d'un médicament sous autorisation. Il contient à titre informatif la quantité restante pouvant être facturée lors de la prochaine facturation. Toutefois, en présence du message KF, il s'agit de la quantité restante pouvant être facturée dans la présente facturation. 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. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont soumis à une quantité maximale de médicaments pouvant être facturée durant la période de l'autorisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement sera refusée si la quantité facturée du médicament d'exception codifié dépasse la quantité maximale permise.
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : *****	1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention/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 <i>Renouvellement supplémentaire</i> 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 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité</i>.
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 <i>Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif)</i>. 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 <i>Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif)</i>. 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 2.3.4.22 <i>Dépassement de la quantité maximale journalière</i>; • 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 <i>Pilule du lendemain</i>; • 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 <i>Considération spéciale</i>. 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 code 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 pour le DIN : *****	1. Vérifier dans la <i>Liste de médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de format indivisible. Si oui, inscrire exactement la quantité du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne. 2. Si la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la 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 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i> ou 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i>).
NM	Service * et classe produit incompatibles pour le DIN : *****	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 <i>Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</i> ou 2.3.4.5 <i>Opinion pharmaceutique</i>. 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 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i>. 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 <i>Communication interactive</i>.
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 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i>.
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 phar-maco. 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 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.

RÈGLE 18 Mise en seringue d'insuline

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle, sous forme d'une mise en seringue, une ordonnance d'insuline, le tarif est celui prévu au point 18 de l'annexe III, pour autant que :

- a) la personne assurée déclare être incapable d'effectuer adéquatement la mise en seringue de l'insuline en raison de problèmes cognitifs ou de handicaps physiques ou sensoriels, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant;
- b) la personne assurée déclare ne pas avoir recours à une personne aidante habilitée à lui administrer l'insuline, ou que le pharmacien ait été informé de cette situation, le cas échéant ;
- c) les renseignements ainsi obtenus sont consignés au dossier-patient.

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

AVIS : Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 19 Modalité d'exécution d'une ordonnance

Le coût des médicaments payable par la Régie en vertu d'une ordonnance est celui correspondant à la quantité des médicaments prescrite sur l'ordonnance ou, à défaut d'une telle quantité, à celle requise pour la durée de traitement prescrite sur l'ordonnance.

Lorsque la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de trente (30) jours, la quantité dispensée peut être égale à celle requise pour un traitement de trente (30) jours. Le pharmacien peut aussi, selon son jugement professionnel et sur la base de son évaluation des besoins de son patient, fournir une quantité pour une durée excédant trente (30) jours.

Cependant, la quantité servie peut correspondre à moins de trente (30) jours dans les circonstances suivantes :

- a) lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement;
- b) le seul format d'emballage disponible commercialement correspond à une durée de traitement de vingt-huit (28) jours. Dans ce cas, la quantité de médicament dispensée doit correspondre à celle requise pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours;
- c) la quantité des médicaments prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament;
- d) la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques liées au médicament;
- e) lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle ;
- f) le patient reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier.

RÈGLE 20

Le coût des formules nutritives payable par la Régie pour une ordonnance est celui de la quantité prescrite et fournie.

RÈGLE 21 Considération spéciale (C.S.)

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale autorisée par la Régie :

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

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

AVIS : Voir la section 2.3.5.2 sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 22 Fourniture de seringues-aiguilles jetables

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

- a) le service a été rendu à une personne assurée porteuse d'une ordonnance, pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie;
- b) la quantité de seringues-aiguilles jetables fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.

L'opinion pharmaceutique et le refus d'exécuter ne s'appliquent pas à la fourniture de seringues-aiguilles jetables.

Le tarif pour ce service est prévu au point 13 de l'Annexe III.

AVIS : Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 23 Plafond

Une réduction du tarif est prévue après un nombre annuel déterminé d'ordonnances payées à une pharmacie dans le cadre de l'entente. Le nombre annuel est fixé par période de 12 mois commençant le 1er janvier de chaque année et se calcule en fonction de la date d'exécution des services ; il comprend chaque exécution et chaque renouvellement d'ordonnances pour un médicament, une formule nutritive et un médicament magistral. Le nombre annuel est fixé à 32 000 pour l'année 2006, à 36 500 pour l'année 2007, à 38 000 pour l'année 2008 et à 40 500 pour l'année 2009.

On entend par pharmacie, tout local où se pratique l'exercice de la pharmacie au sens de la Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c. P-10) et ce, indépendamment de son ou ses propriétaires.

RÈGLE 24 Pilulier

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament reliée à une maladie chronique ou de longue durée et fournit des médicaments pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours et sous la forme d'un pilulier, la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III.

La justification de l'utilisation du pilulier doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie. De plus, les raisons à l'appui de l'utilisation du pilulier doivent obligatoirement faire état des rencontres du pharmacien avec la personne assurée ou la personne aidante. En outre, la décision au regard de la personne assurée doit être évaluée au moins une (1) fois l'an et être motivée en fonction des critères suivants :

- 1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :

- de problèmes cognitifs;
- de handicaps physiques ou sensoriels;
- de la complexité du régime posologique ou
- du niveau de danger en regard de la situation clinique.

- 2- Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même sans assistance.

Toutefois, si la personne aidante est dans l'incapacité de gérer la prise de médication en raison d'un des motifs décrits au point 1, l'utilisation du pilulier est justifiée même si la personne assurée ne peut l'utiliser elle-même.

Le service du pilulier doit être effectué hebdomadairement. À chaque service du pilulier pour une période de 7 jours, 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III est payable.

Toutefois, lorsque la personne assurée quitte temporairement son domicile ou que des circonstances exceptionnelles reliées à l'isolement ou à la distance mettent en péril la prise de médicaments, le service du pilulier peut être effectué pour des multiples de 7 jours jusqu'à concurrence de 28 jours. Pour chaque période de sept (7) jours, le service du pilulier est payable à 25 % du tarif prévu au point 11 de l'Annexe III.

- # **AVIS :** La liste des établissements est disponible dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la page Manuel des pharmaciens de l'onglet [Manuels](#). La Liste CHSLD Privé - Règle 24 Pilulier est sous la section Entente.

Cependant, le service du pilulier n'est pas un service payable par la Régie pour les personnes résidant dans une installation maintenue par un établissement public ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé. La Régie tient à jour une liste de ces établissements qu'elle met à la disposition du pharmacien.

Le tarif prévu au point 11 de l'annexe III est également payable lorsque la personne assurée doit recevoir ses médicaments sous la forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

AVIS : Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 25 Tarif applicable

Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus ⁽¹⁾, la rémunération est celle prévue au point 1A de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

La rémunération de chaque service découlant de l'application du tarif 1A de l'annexe III est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés, sous réserve d'une rémunération maximale équivalant à 90 jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19, la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

Pour les autres traitements la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

AVIS : Voir la section 2.3.4.34 sous l'onglet Communication interactive.

Toutefois, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération suivante s'applique :

- 1- la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui répond aux critères énoncés à la règle 24 ;
- 2- la rémunération hebdomadaire est égale à 25 % du tarif prévu au point 1B de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24. Dans ce cas, le pharmacien peut également obtenir de la personne assurée, à titre de frais accessoires, compensation pour le coût de la mise sous pilulier.

AVIS : Voir la section 2.3.4.33 sous l'onglet Communication interactive.

Service chronique de moins de sept (7) jours

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale visé au premier alinéa de cette règle et qu'il fournit, conformément à la quantité inscrite sur l'ordonnance, des médicaments pour une durée de traitement de moins de sept (7) jours, la rémunération prévue au point 1B de l'annexe III s'applique à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

- dans un cas de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée ;
- de VIH;
- de tuberculose;
- de traitement à la méthadone.

La justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

RÈGLE 26 Pharmacien désigné

Lors de situations urgentes et de façon exceptionnelle, le pharmacien autre que le pharmacien désigné visé par l'entente particulière relative au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments peut dispenser, en vertu d'une ordonnance, des médicaments à une personne assurée sous surveillance aux conditions suivantes :

- a) Les coûts du service et du médicament dispensé sont payables lorsque le pharmacien désigné est inaccessible pour la personne assurée et que le pharmacien communique avec le pharmacien désigné lors du service.

AVIS : Voir la section 2.3.4.18 sous l'onglet Communication interactive.

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

- b) Malgré les dispositions de la règle 19, si le pharmacien ne peut rejoindre le pharmacien désigné lors du service, la quantité du médicament alors payable correspond à une durée de traitement maximale de cinq (5) jours, à l'exception des cas suivants :

- traitement d'une pathologie aiguë;
- conditionnement indivisible du médicament.

Le pharmacien doit consigner les renseignements suivants au dossier-patient et transmettre une copie sur demande à la Régie :

- la raison de l'inaccessibilité du pharmacien désigné;
- le motif empêchant de rejoindre le pharmacien désigné

Aucune autre rémunération ne peut lui être versée en regard de cette ordonnance.

AVIS : Voir les sections 2.3.4.17 et 2.3.4.18 sous l'onglet Communication interactive.

RÈGLE 27 Thérapie parentérale et solution ophtalmique

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

On regroupe sous l'appellation générale de « solution ophtalmique » la mise en contenant sous la hotte de produits (médicaments et/ou véhicules) de la Liste de médicaments dont le mélange final correspond à la description d'une préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section des renseignements généraux de la Liste de médicaments.

- a) Le pharmacien a droit au paiement du coût du service de préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, même lorsqu'il fait préparer la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie pour ce service.

Les tarifs reliés à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique sont prévus au point 15 de l'annexe III, auquel s'ajoute le tarif prévu au point 1 B de l'annexe III.

- b) Le coût du médicament pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique correspond à la somme des coûts de chaque produit de la Liste de médicaments utilisé.

Le prix coûtant du pharmacien, tel que défini à la Liste de médicaments, s'applique, le cas échéant, à chaque adjuvant, véhicule, solvant ou produit utilisé pour la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Ce prix coûtant du pharmacien réfère au prix coûtant du pharmacien qui prépare le médicament.

Lorsqu'une partie seulement d'un produit de la Liste de médicaments est utilisée dans la préparation d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique, le coût du format complet du produit est payable pour autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la durée de conservation ou de la nature même du produit.

- c) Lorsque la thérapie parentérale ou la solution ophtalmique est préparée dans une pharmacie communautaire, la Régie paie au pharmacien le coût des services et des médicaments utilisés en autant que la préparation soit effectuée dans une pharmacie certifiée par l'Ordre des pharmaciens du Québec pour la préparation des produits stériles en pharmacie.

- d) La mise en seringue de solution de chlorure de sodium est payable si ce produit fait l'objet d'une ordonnance pour irrigation de cathéter et qu'il est utilisé conjointement à un médicament administré par voie parentérale. Toutefois, la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ne donne pas droit au paiement du coût de service prévu au point 1B de l'annexe III.

AVIS : Voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet Communication interactive.

Règle 28 Demande de dérogation pour inscription rétroactive au régime

Le pharmacien qui demande à la Régie une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime général d'assurance médicaments est rémunéré pour chacun des services qu'il a fournis à la personne assurée au delà d'une période de 99 jours, selon le tarif prévu au point 21 de l'Annexe III lorsqu'il transmet la réclamation de façon électronique ou en complétant le formulaire 3621 prévu à cette fin.

AVIS : Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet Communication interactive.

ANNEXE VI

PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

Classe thérapeutique	Dénomination commune
Hypolipémiants; (séquestrants de l'acide biliaire, fibrates et autres)	Bézafrate Cholestyramine (résine de) Colestipol (chlorhydrate de) Fénofibrate (toutes formulations) Gemfibrozil Niacine à longue action
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I.E.C.A.)	Bénazépril (chlorhydrate de) Captopril Cilazapril Cilazapril / hydrochlorothiazide Énalapril (maléate d') Énalapril (maléate d') / hydrochlorothiazide Fosinopril sodique Lisinopril Lisinopril / hydrochlorothiazide Périndopril erbumine Périndopril erbumine / indapamide Quinapril (chlorhydrate de) Quinapril (chlorhydrate de) / hydrochlorothiazide Ramipril Trandolapril
Antagonistes des récepteurs (AT1) de l'angiotensine II	Candésartan cilexétel Candésartan cilexétel / hydrochlorothiazide Éprosartan (mésylate d') Éprosartan (mésylate d') / hydrochlorothiazide Irbésartan Irbésartan / hydrochlorothiazide Losartan potassique Losartan potassique / hydrochlorothiazide Telmisartan Telmisartan / hydrochlorothiazide Valsartan Valsartan / hydrochlorothiazide
+ Inhibiteurs de la rénine	Aliskirène
Bloquants des canaux calciques	Amlodipine (besylate d') Diltiazem (chlorhydrate de) Félodipine Nifédipine Vérapamil (chlorhydrate de)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Célécoxib Diclofénac (potassique ou sodique) Diclofénac sodique Diclofénac sodique / misoprostol Diflunisal Étodolac Flurbiprofène Indométhacine Kétoprofène Méloxicam Nabumétone Piroxicam Sulindac Ténoxycam Tiaprofénique (acide)

Classe thérapeutique	Dénomination commune
Vasodilatateurs	Minoxidil comprimés Trinitrate de glycéryle (timbres cutanés)
Bloquants alpha-adrénergiques	Doxazosine (mésylate de) Prazosin (chlorhydrate) Térazosine (chlorhydrate de)
Antidépresseurs	Bupropion (chlorhydrate de) (Wellbutrin ^{MC} seulement) Citalopram (bromhydrate de) Fluoxétine (chlorhydrate de) Fluvoxamine (maléate de) Mirtazapine Moclobémide Paroxétine (chlorhydrate de) Sertraline (chlorhydrate de) Trazodone (chlorhydrate de) Venlafaxine (chlorhydrate de)
Autres	Alendronate Amiodarone (chlorhydrate d") Auranofine Carvédilol Clodronate disodique Dutasteride Isotrétinoïne Léflunomide Lévodopa / bensérazide (chlorhydrate de) Lévodopa / carbidopa Misoprostol Pénicillamine Pergolide (mésylate de) Propafénone (chlorhydrate de) Risédronate sodique Sélégiline (chlorhydrate de) Tamsulosine (chlorhydrate de) Ticlopidine (chlorhydrate de) Trétinoïne capsules
Médicaments S.N.A. divers	Nicotine

ANNEXE VII

LISTE DES MÉDICAMENTS SOUMIS À L'OPINION SUR L'INOBSERVANCE

A

Situation	Médicaments
+ Hypertension artérielle	24:04 Cardiotropes 24:08 Antihypertenseurs 24:12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole) 24:32.40 Inhibiteurs de la rénine 40:28 Diurétiques 40:28.10 Diurétiques épargneurs de potassium
Asthme	Agonistes β_2 inhalés Corticostéroïdes inhalés Combinaisons (Agoniste - β_2 + corticostéroïde inhalés) *92:00 Kétotifène, Montélukast, Zafirlukast
Tuberculose	Tous les médicaments couverts par et dispensés dans le cadre du « Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose »
Dyslipidémie	24.06 Hypolipémiants
Maladies cardiaques	24.04 Cardiotropes 24.08 Antihypertenseurs 24.12 Vasodilatateurs (sauf les formes s.l. et vaporisateur ainsi que le dipyridamole) 24:20 Bloquants alpha-adrénergiques 24:24 Bloquants bêta-adrénergiques 24:28 Bloquants du canal calcique 24:32.04 Inh. enzyme conversion de l'angiotensine 24:32.08 Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II 40:28 Diurétiques 40:28.10 Diurétiques épargneurs de potassium
Diabète de type II	68:20.20 Sulfonylurées 68:20.92 Divers antidiabétiques sauf glucagon
Épilepsie	28:12 Anticonvulsivants (sauf Clonazépam)

* indique les seuls médicaments retenus dans une classe ou sous-classe.

B

Situation	Médicaments
Situations nécessitant l'utilisation de psychotropes	28:16.04 Antidépresseurs 28:16.08 Tranquillisants majeurs *28:24:92 Méthotriméprazine, Prométhazine *28:28 Lithium
Infection au VIH	08:18.08 Antirétroviraux

NOTE : Toutes les formes injectables sont exclues.

Les médicaments d'exception appartenant aux classes AHFS visées peuvent faire l'objet d'une opinion sur l'inobservance même s'ils sont regroupés dans une section particulière de la Liste de médicaments publiée par la RAMQ.

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

ENTENTE PARTICULIÈRE

**RELATIVE AUX SERVICES PROFESSIONNELS ET À LA RÉMUNÉRATION DES PHARMACIENS DANS LE CADRE D'UN MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS CHEZ CERTAINS PRESTATAIRES DE LA SÉCURITÉ DU REVENU
PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES**

AVIS : *Ce programme est suspendu depuis 2005*

PRÉAMBULE

Cette entente particulière vise les services professionnels et la rémunération de services pharmaceutiques dans le cadre du mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu.

ARTICLE 1 DÉFINITIONS

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

1.01 Comité d'analyse

Le comité d'analyse des profils de consommation des médicaments mis sur pied par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour analyser, évaluer et faire des recommandations sur des prototypes de dossiers médico-pharmacologiques des prestataires de la sécurité du revenu ayant un profil exceptionnel de consommation des médicaments, dans le cadre du mécanisme.

1.02 Pharmacien désigné

Le pharmacien choisi par un prestataire de la sécurité du revenu dans le cadre du mécanisme ou à défaut déterminé par le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, auquel ce prestataire de la sécurité du revenu doit obligatoirement s'adresser pendant une période donnée pour obtenir les services pharmaceutiques et les médicaments couverts en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

1.03 Bénéficiaire

Le prestataire de la sécurité du revenu détenteur d'un carnet de réclamation délivré suivant les articles 70 et 71 de la Loi sur l'assurance maladie et identifié comme ayant un profil exceptionnel de consommation de médicaments.

ARTICLE 2 PROCÉDURE

2.01 Le choix d'un pharmacien comme pharmacien désigné est fait par le prestataire de la sécurité du revenu concerné auprès du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ou à défaut par le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu qui normalement choisit alors le pharmacien auquel a recours le plus souvent le prestataire. Le pharmacien désigné est d'abord avisé par écrit par ce ministère, qui lui expédie le carnet de réclamation de ce prestataire de la sécurité du revenu en lui annonçant qu'une lettre d'information suivra du secrétariat du comité d'analyse.

2.02 Sur réception de cet avis et du carnet de réclamation, le pharmacien choisi devient pharmacien désigné à moins d'aviser le prestataire de la sécurité du revenu de son refus dans les trois (3) jours qui suivent. Le pharmacien qui refuse, doit retourner sans délai le carnet de réclamation de ce bénéficiaire au ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

2.03 La Régie de l'assurance maladie du Québec fait parvenir à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, à tous les deux mois, la liste complète de tous les pharmaciens désignés en fonction pendant les mois précédents, spécifiant pour chacun d'eux le nombre de « prestataires concernés ».

ARTICLE 3**LA SURVEILLANCE ET LE SUIVI DE LA CONSOMMATION DU BÉNÉFICIAIRE**

3.01 À la première visite du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

- a) doit expliquer en privé les modalités de surveillance et de suivi de consommation de médicaments qu'il entend appliquer à son cas;
- b) doit l'inviter à poser toutes les questions qui le préoccupent en regard du mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments;
- c) doit aviser le médecin traitant du prestataire que celui-ci fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
- d) doit inviter le médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu qui donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

3.02 Lors de visites subséquentes du prestataire de la sécurité du revenu, le pharmacien désigné :

- a) doit s'informer si ce prestataire de la sécurité du revenu a obtenu de nouvelles prescriptions depuis sa visite précédente;
- b) doit aviser tout nouveau médecin traitant que le prestataire fait l'objet de surveillance et de suivi de sa consommation de médicaments;
- c) doit inviter tout nouveau médecin traitant à l'informer des consultations futures de ce prestataire de la sécurité du revenu si elles donnent lieu à de nouvelles prescriptions de médicaments.

3.03 Le pharmacien désigné doit inscrire au dossier-patient du prestataire de la sécurité du revenu toutes les informations utiles pour assurer la surveillance et le suivi de la consommation de médicaments de ce prestataire de la sécurité du revenu y compris, s'il le juge nécessaire, des informations sur les médicaments dont le prestataire de la sécurité du revenu assume lui-même le coût.

ARTICLE 4**RÉMUNÉRATION**

AVIS : Voir la section 2.3.4.17 de l'onglet Communication interactive.

4.01 Le pharmacien désigné reçoit, pour chacun des prestataires de la sécurité du revenu, une rémunération mensuelle fixe de vingt dollars (20,00 \$) laquelle est payable, pour chaque mois ou partie de mois, que les services aient été rendus par lui-même ou un pharmacien à son emploi.

4.02 En plus de la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, le pharmacien désigné a droit, pour les services visés par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association Québécoise des pharmaciens propriétaires et dispensés au prestataire de la sécurité du revenu concerné, aux honoraires et remboursements prévus.

4.03 Au début de chaque mois, le pharmacien désigné fait parvenir à la Régie de l'assurance maladie du Québec, une demande spécifique pour la rémunération mensuelle fixée au paragraphe 4.01, payable pour le mois précédent en regard de chacun des prestataires de la sécurité du revenu concernés.

4.04 Cette demande de paiement est soumise aux règles prévues aux articles 5, facturation et 6, paiement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association Québécoise des pharmaciens propriétaires, en autant qu'elles peuvent être applicables.

**ARTICLE 5
DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

5.01 L'article 7, différend et arbitrage de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association Québécoise des pharmaciens propriétaires fait partie de la présente entente.

5.02 La présente entente en vigueur à la date d'entrée en vigueur par décret de l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du programme de rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu. Cette entente demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association Québécoise des pharmaciens propriétaires et par la suite, elle peut être renouvelée d'un commun accord avec ou sans modification.

QUÉBEC, LE 30ième JOUR DE AVRIL 1992.

MARC-YVAN COTE
MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

JEAN-GUY PRUD'HOMME
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES
PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

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

RELATIVE AU PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT AVEC SERVICES ET LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

PRÉAMBULE

Considérant que le gouvernement a mis en place un programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés à titre de projet pilote;

Considérant que le programme prévoit que les médicaments et les services pharmaceutiques sont fournis par le réseau des pharmacies privées;

Cette entente vise à établir les modalités ayant trait à la gratuité des médicaments et des services professionnels dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés.

**ARTICLE 1
DÉFINITION**

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

1.01 Bénéficiaire

Personne âgée de 65 ans ou plus qui bénéficie du programme d'achat de places, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite au régime d'assurance maladie auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui détient une carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et qui présente une attestation de sa participation au programme d'achat de places.

1.02 Pharmacien

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

1.03 Médicaments

Les médicaments assurés dans le cadre de ce programme sont ceux inscrits à la Liste de médicaments dressée par le Ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32).

Les médicaments d'exception sont payables aux conditions habituelles prévues à l'article 2.1 du Règlement du régime général d'assurance médicaments, sous réserve d'une autorisation préalable de la Régie de l'assurance maladie du Québec dans tous les cas.

Les médicaments sont aussi ceux inscrits à la liste de médicaments - établissements conformément au premier alinéa de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et n'apparaissant pas à la liste visée à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives.

Le coût des médicaments est celui par ailleurs établi pour chacun de ces médicaments dans la Liste de médicaments visés à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32). Pour les médicaments prévus au troisième alinéa, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

**ARTICLE 2
PROCÉDURE**

2.01 Les médicaments sont fournis par un pharmacien sur ordonnance verbale ou écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un résident en médecine.

2.02 La Régie de l'assurance maladie du Québec paie le coût des médicaments et des services professionnels prévus aux paragraphes 1.03 et 3.01, compte tenu du paragraphe 3.02.

2.03 Le bénéficiaire qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamatif doit payer les médicaments et les services professionnels; par la suite, il en demande le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le formulaire prévu à cette fin. Le pharmacien, même dans ce cas, ne peut exiger ou recevoir du bénéficiaire plus que ce qui est prévu au présent programme.

**ARTICLE 3
RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS**

3.01 Le pharmacien reçoit pour les services professionnels rendus les tarifs prévus à l'entente relative à l'assurance maladie intervenue entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et il est soumis aux règles d'application prévues à cette entente; toutefois, le tarif prévu pour le pilulier n'est pas payable dans le cadre de ce programme.

3.02 Le bénéficiaire ne paie pas, pour les services et les médicaments qu'il reçoit dans le cadre de ce programme, la contribution qu'il paierait autrement s'il obtenait ces services et ces médicaments dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32).

**ARTICLE 4
DIVERS ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

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

4.02 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 1997 et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de juin 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la santé et
des Services sociaux

CLAUDE GAGNON
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE**ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AU PROGRAMME DE GRATUITÉ DE LA PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES****PRÉAMBULE**

Dans le but d'assurer une plus grande accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU), un programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence est mis en place par le gouvernement.

Cette entente particulière vise la prestation des services professionnels et sa rémunération. Cette entente particulière ne touche pas l'exécution de l'ordonnance et sa rémunération ainsi que le remboursement du coût des médicaments.

**ARTICLE 1
DÉFINITIONS**

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

1.01 Personne admissible au programme

Toute femme ayant besoin d'avoir recours à la contraception orale d'urgence qui réside au Québec, qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la 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, le tout sous réserve des lois provinciales applicables.

1.02 Contraception orale d'urgence

Médicament de la Liste des médicaments requis dans les heures suivant la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence par une femme à la suite d'un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée.

1.03 Prestation

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

1.04 Pharmacien

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

1.05 Régie

Régie de l'assurance maladie du Québec.

**ARTICLE 2
PROCÉDURE**

2.01 Le pharmacien fournit la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence définie à l'article 3 à la personne admissible au programme qui en fait la demande.

2.02 La Régie paie le coût de cette prestation prévu à l'article 4.

2.03 Le pharmacien a droit d'être rémunéré par la Régie pour la prestation fournie même si la personne admissible au programme n'a pu présenter sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide dans le cas suivant :

- Si la personne est âgée de quatorze (14) ans ou plus et de moins de dix-huit (18) ans et qu'elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale, mais à condition que le pharmacien fournisse à la Régie les mêmes renseignements que ceux prévus en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

2.04 La personne admissible au programme non visée au paragraphe 2.03 qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer la prestation; par la suite, elle en demande le remboursement à la 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 à la présente entente.

ARTICLE 3**LA PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE**

3.01 La prestation comprend les éléments prévus à la norme 2001.01 (Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence) de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

3.02 Le pharmacien doit consigner au dossier-patient les renseignements prévus au paragraphe 3.01 et transmettre une copie sur demande à la Régie.

ARTICLE 4**RÉMUNÉRATION**

4.01 La Régie paie au pharmacien le coût de la prestation définie à l'article 3 qu'il a rendue lui-même à une personne admissible au programme ou qui a été rendue par une autre personne, à son emploi, autorisée par la Loi sur la pharmacie en autant que le pharmacien qui fait la prestation soit titulaire d'une attestation de formation suivie et réussie que lui a délivrée l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.

4.02 Le pharmacien reçoit pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence un tarif de 15,70\$.

4.03 Le pharmacien doit indiquer à la Régie sur la demande de paiement le code correspondant au Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.

4.04 La personne admissible au programme ne paie pas pour la prestation prévue à l'article 3 sauf pour la situation visée au paragraphe 2.04.

ARTICLE 5**ENTRÉE EN VIGUEUR**

5.01 La présente entente entre en vigueur le 17 décembre 2003, suite à l'entrée en vigueur du décret n° 983-2003 du 17 septembre 2003 relatif à l'administration par la Régie de l'assurance maladie du Québec du Programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence et se renouvelle automatiquement à moins que les parties décident d'y apporter des modifications lors du renouvellement de l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la santé et
des Services sociaux

NORMAND BONIN

Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES**ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AU PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES****PRÉAMBULE**

Lors de l'instauration du régime général d'assurance médicaments (RGAM) en janvier 1997, des dispositions ont été prises pour que le régime général prenne en charge les clientèles ambulatoires nécessitant des thérapies parentérales. À ce titre, la Liste de médicaments a été modifiée afin de tenir compte des besoins des clientèles ambulatoires et une entente est intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires afin de prévoir la rémunération du pharmacien communautaire pour la préparation d'une ordonnance de médicaments pour usage parentéral. L'entente prévoit aussi que le pharmacien peut faire préparer le médicament à l'extérieur de sa pharmacie par un pharmacien (préparateur) qui n'est pas à son emploi. Toutefois, seul le pharmacien dispensateur peut être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour ce service.

Dans le but de permettre une plus grande accessibilité à l'utilisation des thérapies parentérales par le biais des pharmacies communautaires, un programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques est mis en place par le gouvernement. L'administration du programme est confiée à la RAMQ (décret n° 1283-2003 du 3 décembre 2003).

Cette entente particulière vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport d'une thérapie parentérale et d'une solution ophtalmique entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

Cette entente particulière ne touche pas l'exécution de l'ordonnance et sa rémunération ni le remboursement du coût des médicaments.

ARTICLE 1**DÉFINITIONS****1.01 Personne admissible au programme**

Toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la Régie d'assurance maladie du Québec. Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien dispensateur avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

1.02 Thérapies parentérales et solutions ophtalmiques

Les thérapies parentérales et solutions ophtalmiques sont celles prévues au point 15 de l'annexe III de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et qui sont conformes à la règle 26 de l'annexe II de l'Entente.

AVIS : *Les thérapies parentérales et solutions ophtalmiques sont conformes à la règle 27 et non à la règle 26 mentionnée ci-dessus*

1.03 Pharmacien préparateur

Pharmacien qui a reçu une accréditation de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) pour la préparation des produits stériles.

1.04 Pharmacien dispensateur

Pharmacien qui exécute l'ordonnance de thérapie parentérale ou de solution ophtalmique et qui est assujéti à l'application de l'Entente relative à l'assurance maladie conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

1.05 Régie

Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.06 Coût de transport

Le coût de transport comprend les frais de l'emballage ainsi que les frais de transport entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur d'une thérapie parentérale ou d'une solution ophtalmique. Les frais de l'emballage couvrent le coût des fournitures de l'emballage, des fournitures de conditionnement et du temps pour préparer le colis et contacter le transporteur. Les frais de l'emballage sont remboursables lorsqu'il y a une demande de remboursement des frais de transport d'une thérapie parentérale.

ARTICLE 2

PRINCIPES GUIDANT LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

2.01 Le pharmacien dispensateur a le choix du pharmacien préparateur.

2.02 L'utilisation du service de livraison habituel du pharmacien dispensateur n'est pas remboursable entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

2.03 Deux catégories de transport sont considérées

- Le transport régulier

Le transport régulier s'inscrit dans le cadre de la messagerie rapide avec la livraison le lendemain. La compagnie de transport est celle qui est retenue à la suite d'un appel d'offres annuel fait par le Secrétariat du Conseil du trésor. Pour la période du 1^{er} décembre 2002 au 30 novembre 2003, la compagnie DICOM a été retenue. Les caractéristiques du transport régulier sont les suivants :

- **Le territoire à desservir** est la province de Québec, à l'exclusion des Îles-de-la-Madeleine, de l'Île d'Anticosti et de la partie du territoire situé au nord du 51^e parallèle. Il inclut également la partie de la province de l'Ontario qui couvre les codes postaux débutant par K, L, M, N (sauf la péninsule de Bruce);
- **Les services sont disponibles** du lundi au vendredi, entre 08h30 et 12h00 et entre 13h00 et 16h30, excluant les samedi, dimanche et les jours fériés;
- **Le délai de livraison** est garanti le jour ouvrable suivant la cueillette pour tout le territoire à desservir. Le cas échéant, le transporteur doit laisser une carte prouvant une tentative de livraison et une seconde livraison devra à nouveau être effectuée le lendemain sans frais additionnels;
- **Le lieu de livraison** doit se faire à l'adresse du destinataire;
- **Une assurance** de 100 \$ est incluse dans le tarif. Dans le cas d'une perte supérieure à 100 \$, le pharmacien dispensateur doit utiliser la considération spéciale (C.S.).

AVIS : À compter du 24 avril 2010, à la suite d'un appel d'offres du Centre de services partagés du Québec qui couvre l'ensemble des transports du Gouvernement du Québec, PUROLATOR a été retenu pour le programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques. Les conditions du programme et les modalités de fonctionnement demeurent inchangées. Pour plus de détails, veuillez consulter l'infolettre 007 du 9 avril 2010 (Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques) disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans les infolettres de la section [Pharmaciens](#).

- Le transport d'urgence ou d'exception

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

- Assurer la continuité d'un traitement commencé le vendredi avant-midi à l'hôpital;
- Assurer la continuité du traitement lorsqu'il y a un changement de posologie;
- Assurer la continuité du traitement dans le cas d'un bris ou d'une mauvaise conservation du produit par le patient;
- Maintenir la stabilité du produit de telle sorte que la livraison doive se faire dans un court délai, dans moins de 24 heures.

2.04 Le coût de transport couvre les éléments distincts suivants :

- Les frais de l'emballage

Les frais de l'emballage sont facturés à la Régie par le pharmacien dispensateur. Si deux ou plusieurs thérapies parentérales sont contenues dans un même paquet, un seul coût de l'emballage est remboursable. Les frais de l'emballage sont remboursés selon le tarif établi à l'article 4.01.

- Les frais de transport

Le transport régulier est effectué par la compagnie retenue par le Secrétariat du Conseil du trésor et les frais pour le transport régulier sont facturés directement à la Régie par le transporteur.

Les frais pour le transport d'urgence ou d'exception sont remboursables selon le coût réel encouru sur la base des pièces justificatives et selon la disposition établie à l'article 4.02. Ces frais de transport sont facturés à la Régie par le pharmacien dispensateur.

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

ARTICLE 3 PROCÉDURE

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

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

3.03 Le pharmacien préparateur doit utiliser le formulaire de connaissance fourni par le transporteur et il doit obligatoirement inscrire le numéro de l'ordonnance sur le connaissance du transporteur ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien dispensateur. À défaut de l'inscription du numéro de l'ordonnance sur le connaissance, la 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

Code de service		Tarifs au 2008/04/01		Tarifs au 2009/04/01	
		Tarifs par unité		Tarifs par unité	
		Avec préparation préalable	Sans préparation préalable	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable
15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance					
« T » #	a) Thérapies parentérales				
	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées				
	- Sacs à gravité				
	Premier sac	12,94	11,22	13,19	11,44
	Sacs suivants	6,03	6,03	6,15	6,15
	- Sacs pour pompe				
	Premier sac	17,26	12,94	17,60	13,19
	Sacs suivants	8,63	6,90	8,80	7,04
	- Cassettes 50 ml				
	Première cassette	12,94	11,22	13,19	11,44
	Cassettes suivantes	6,03	6,03	6,15	6,15
	- Cassettes 100 ml				
	Première cassette	17,26	14,66	17,60	14,95
	Cassettes suivantes	10,35	9,50	10,55	9,69
	- Perfuseur élastométrique				
	Premier perfuseur	17,26	12,36	17,60	12,61
	Perfuseurs suivants	13,79	10,06	14,06	10,26
	- Seringues				
	Première seringue	6,03	5,18	6,15	5,28
	Seringues suivantes	2,59	2,59	2,64	2,64
AVIS : 1- Voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet Communication interactive.					
2- Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels dans le cas d'une mise en seringue de chlorure de sodium (Code de service « Q »).					

		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
Code de service			
« R »	b) Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances.	7,74	
	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
	- plus de 40 500 ordonnances.		7,89
	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	14,66	14,95
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.26 sous l'onglet Communication interactive.			
FABRICATION DE CAPSULES PLACEBO. NORME AGRÉÉE PAR L'A.Q.P.P.			
« B »	16) Préparation de capsules placebo		
	1 à 30 capsules	13,17	13,43
	31 à 60 capsules	18,90	19,28
	61 à 100 capsules	25,19	25,70
	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,23	0,24
<u>AVIS :</u> Les tarifs pour la fabrication de capsules placebo résultent d'une évaluation agréée de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec. Il ne s'agit donc pas d'un acte négocié à l'Entente. Voir la section 2.3.4.10 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.			
« H »	17) Préparation de sachets		
	1 à 30 sachets	13,17	13,43
	31 à 60 sachets	18,90	19,28
	61 à 100 sachets	25,19	25,70
	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par :	0,23	0,24
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.12 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.			
« I »	18) Mise en seringue d'insuline		
	Moins de 17 seringues.	9,64	9,83
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter:	2,56	2,61
	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par :	0,59	0,61
	si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	2,56	2,61
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.			

8. MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement à chaque pharmacien travaillant dans le cadre du régime public d'assurance médicaments un exemplaire des manuels mentionnés ci-dessous.

Si le pharmacien désire des exemplaires supplémentaires ou d'autres manuels publiés par la Régie, il peut en obtenir moyennant paiement.

Ces manuels peuvent être commandés en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens à l'un des numéros suivants :

- Québec et région : 418 643-9025
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427
- Télécopieur :
 - Québec et région : 418 528-5655
 - Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418

8.1.1 Liste des manuels dont le pharmacien reçoit une copie gratuitement

	Numéro
Manuel des pharmaciens	260
Liste de médicaments	440
Liste de médicaments - ordre alphabétique de marques de commerce (Internet seulement)	460

8.2 FORMULAIRES

Sur demande, la Régie remet gratuitement à chaque pharmacien travaillant dans le cadre du régime public d'assurance médicaments des formulaires.

Ces formulaires peuvent être commandés en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens à l'un des numéros suivants :

- Québec et région : 418 643-9025
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427
- Télécopieur :
 - Québec et région : 418 528-5655
 - Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418

La liste des formulaires disponibles figure sur le site Internet de la Régie. Le pharmacien peut les consulter, les télécharger et même les imprimer. L'adresse du site Internet est la suivante :

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

8.2.1 Liste des formulaires disponibles**Numéro****FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION**

Demande d'inscription du professionnel de la santé **3003**

FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION

Demande de remboursement à la personne assurée **3621**
(voir onglet *Demande de remboursement*, point 3.1)

FORMULAIRE RELATIF À LA COMMUNICATION INTERACTIVE

Demande d'autorisation de transmettre un relevé d'honoraires ou une demande de paiement au moyen d'un support informatique **3622**

AUTRES FORMULAIRES

Autorisation de paiement par dépôt direct **2914**
Bon de commande de dépliants **2262**