



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 27

JUILLET 2004

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

- TABLE DES MATIÈRES

- Ajout de la nouvelle section 2.3.3.30 concernant le Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente
Page : [2](#)
- Ajout de la section 6.5 concernant la Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence et de la section 6.6 concernant le Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques.
Page : [3](#)

- PERSONNES ASSURÉES

- Tableau des franchises et contributions maximales au régime d'assurance médicament modifié pour correspondre aux nouveaux tarifs en vigueur le 1^{er} juillet 2004
Page : [11](#)
- Modification des montants dans l'exemple pour correspondre aux nouveaux tarifs en vigueur le 1^{er} juillet 2004.
Pages : [12](#) et [13](#)

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modification de la description des codes de service 7 et 8
Page : [7](#)
- Modifications apportées aux principes à respecter dans les instructions de facturation pour un médicament magistral
Page : [11](#)
- Réintroduction de «autre médicament» avec «insuline» à la section 2.3.3.2.2 - Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables
Page : [13](#)
- Ajout de la section 2.3.3.30 - Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente
Page : [48](#)

- Modification de l'exemple de reçu de la personne assurée à la section 2.7 afin de respecter les montants en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2004

Page : [56](#)

- Ajout de nouvelles mesures dans le tableau des messages d'erreur suivants : 59, 5D, D4, DE et KJ

Pages : [62](#), [64](#), [67](#), [69](#) et [71](#)

- **ENTENTE**

- Ajout d'un AVIS sous la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente

Page : [11](#)

LÉGENDE

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-12575-8

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels



TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
INTRODUCTION	1
1. PERSONNES ASSURÉES	1
1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ	1
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie	1
1.1.1.1 Modèles de carte	2
1.1.2 Description du carnet de réclamation	4
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments	5
1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES	6
1.2.1 Personnes assurées par le régime général d'assurance médicaments administré par la Régie	6
1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides	6
1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments	7
1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments	7
1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide	7
1.2.1.2-A Personnes âgées de 65 ans ou plus n'adhérant pas à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base	7
1.2.1.2-B Personnes âgées de moins de 65 ans non tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux	7
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS	7
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose	7
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés	8
# 1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	8
1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	8
1.3.1 Prestataires d'un programme d'assistance-emploi et autres détenteurs d'un carnet de réclamation	8
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime général d'assurance médicaments	9
TABLEAU - FRANCHISES ET CONTRIBUTIONS MAXIMALES AU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	11
1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE	12
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée	12
1.4.1.1 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est divisible	12
1.4.1.2 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible	13
1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION	14
2. COMMUNICATION INTERACTIVE	1
2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS	1
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE	3
2.2.1 Étapes	3
2.2.2 Transactions offertes	4
2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN	5
2.3.1 Introduction	5
2.3.2 Données de facturation - cas régulier	5
2.3.2.1 Identification de la personne	6
2.3.2.2 Ordonnance et service professionnel	7

2.3.3 Instructions de facturation pour les cas particuliers	11
2.3.3.1 Médicament magistral	11
2.3.3.2 Fournitures	12
2.3.3.2.1 Fourniture de chambre d'espacement	12
2.3.3.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables	13
2.3.3.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant	14
2.3.3.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	15
2.3.3.5 Opinion pharmaceutique	16
2.3.3.6 Service sur appel	17
2.3.3.7 Initiation d'une pharmacothérapie	18
2.3.3.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier	19
2.3.3.9 Modification à la baisse de la durée du traitement	20
2.3.3.10 Préparation de capsules placebo	21
2.3.3.11 Préparation de capsules	23
2.3.3.12 Préparation de sachets	24
2.3.3.13 Mise en seringue d'insuline	25
2.3.3.14 Pilule du lendemain	26
2.3.3.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS	28
2.3.3.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose	30
2.3.3.17 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle	32
2.3.3.18 Pharmacien désigné contacté ou non-contacté	33
2.3.3.19 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif et/ou anticipé)	34
2.3.3.20 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité	36
2.3.3.21 Dépassement de la quantité maximale journalière	37
2.3.3.22 Montant de l'ordonnance supérieur à 1000 \$	38
2.3.3.23 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)	39
2.3.3.24 Thérapie parentérale	40
2.3.3.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium	42
2.3.3.26 Préparation de solution ophtalmique	43
2.3.3.27 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	44
2.3.3.28 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	45
2.3.3.29 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	46
# 2.3.3.30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente	47
# 2.3.4 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie	48
# 2.3.4.1 Médicament ou patient d'exception	48
# 2.3.4.2 Considération spéciale	49
# 2.3.4.3 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée	50
# 2.3.5 Réponse à une transaction de demande de paiement	51
#2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN	52
#2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER	53
#2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER	54
#2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE	55
#2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE	56
3. DEMANDE DE REMBOURSEMENT	1
3.1 GUIDE DE RÉDACTION DE LA PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN	1
3.1.1 Généralités	1
3.1.2 Formulaire « DEMANDE DE REMBOURSEMENT AU BÉNÉFICIAIRE » (Personne assurée)	2

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 ÉTAT DE COMPTE	2
4.3.1 Description	3
4.3.1.1 Renseignements généraux	3
4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	3
4.3.1.3 Sommaire	4
4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée	4
4.3.2 Vérification des paiements	4
4.3.3 Règlement des demandes de paiement	4
4.3.3.1 Demande de paiement autorisée	4
4.3.3.2 Demande de paiement annulée	4
4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée	4
4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation	4
4.3.3.5 Délai pour demander une révision	4
4.3.4 Codes de transactions	5
5. ENTENTE	1
(<i>Voir la table des matières spécifique à cette partie</i>)	
6. AUTRES PROGRAMMES	1
6.1 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MTS	1
6.2 PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ...	3
6.3 MÉCANISME DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS	5
6.4 PROGRAMME D'ACHAT DE PLACES DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT	7
# 6.5 PRESTATION DES SERVICES RELIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE	9
# 6.6 PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES COÛTS RELATIFS AU TRANSPORT DES THÉRAPIES PARENTÉRALES ET DES SOLUTIONS OPHTALMIQUES	11
7. TARIF	1
#8. MANUELS ET FORMULAIRES	1

FRANCHISES ET CONTRIBUTIONS MAXIMALES AU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (SYNTHÈSE)					
CLIENTÈLE* Adulte	Personne détenant un carnet de réclamation	Personne de 65 ans ou plus avec SRG maximum	Personne de 65 ans ou plus avec SRG partiel **	Personne de 65 ans ou plus sans SRG	Autres assurés du régime public (adhérents adultes)
FRANCHISE MENSUELLE	8,33 \$	8,33 \$	10,25 \$	10,25 \$	10,25 \$
COASSURANCE (% coût médicaments et services)	25 %	25 %	28,5 %	28,5 %	28,5 %
- contribution maximale (montant maximal de dépenses incluant la franchise et la coassurance)	16,66 \$ / mois 200,00 \$ / année	16,66 \$ / mois 200,00 \$ / année	46,67 \$ / mois** 560,00 \$ / année	71,42 \$ / mois 857,00 \$ / année	71,42 \$ / mois 857,00 \$ / année
- au-delà de la contribution maximale (achat de médicaments et services pharmaceutiques)	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
PRIME par individu	Aucune	Aucune	0 à 494 \$ par personne	0 à 494 \$ par personne	0 à 494 \$ par personne

* Les catégories de personnes suivantes sont exemptées de la franchise et de la contribution :

- enfant de 0 à 17 ans domicilié chez la personne qui exerce l'autorité parentale;
- personne de 18 à 25 ans, sans conjoint, fréquentant un établissement d'enseignement (secondaire, collégial, universitaire) à temps plein ou à temps partiel si elle est atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- personne majeure et sans conjoint atteinte d'une déficience fonctionnelle survenue avant 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation selon la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (PAE) et domiciliée chez une personne qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- prestataire d'assistance-emploi (et son conjoint) reconnu par le MESS comme présentant des contraintes sévères à l'emploi.

** Depuis le 1^{er} mars 2003, la contribution maximale pour les personnes recevant au moins 94 % du montant maximum du SRG est de 16,66 \$ par mois.

SRG : Supplément de revenu garanti

1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

La personne assurée au régime général d'assurance médicaments doit 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 de l'excédent.
- 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 2.3.3.19).

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

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

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

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

Exemple :

Personne de plus de 65 ans sans SRG (Contribution maximale mensuelle : 71,42 \$)

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 10,25 \$ et coassurance de 28,5 %) à partir de coût du traitement de chaque période :

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 \$	10,25 \$	11,80 \$	22,05 \$
#	Mars	51,67 \$	10,25 \$	11,80 \$	22,05 \$
#	Avril	46,66 \$	10,25 \$	10,38 \$	20,63 \$
#		Contribution totale à percevoir :			64,73 \$

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
6A. Montréal - Banlieue	17
6F. Ville de Montréal	17
07. Outaouais	18
08. Abitibi -Témiscamingue	18
09. Côte-Nord	19
10. Nord-du-Québec	19
11. Gaspésie - Iles-de-la-Madeleine	19
12. Chaudière - Appalaches	19
13. Laval	20
14. Lanaudière	20
15. Laurentides	20
16. Montérégie	21
17. Centre-du-Québec	22

2.3.2.2 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 2.3.3 « 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 et de suivi de consommation ou des fournitures, 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 CPhA

- le code du service professionnel effectué;

• exécution ou renouvellement d'une ordonnance	O
• 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
• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement(*)	1
• opinion pharmaceutique(*)	3
• service sur appel(*)	A
• médicament fourni sous la forme d'un pilulier(*)	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
• pharmacien désigné - rémunération mensuelle(*)	S
• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence(*)	4
• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	7
• frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	8

#

(*) Pour les services suivis d'un astérisque, voir les sections 2.3.3.1 à 2.3.3.17 et les sections 2.3.3.24 à 2.3.3.29 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: AAAAMJJ (ex. : 20021130).

valeur CPhA

- la nature et l'expression de l'ordonnance;
 - nouvelle ordonnance écrite N
 - nouvelle ordonnance verbale V
 - renouvellement d'ordonnance écrite S
 - renouvellement d'ordonnance verbale R

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

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

- la source d'approvisionnement;
 - Inscrire la lettre correspondant au grossiste d'où provient le produit dispensé. Ne rien inscrire si la source d'approvisionnement est un fabricant (Voir la *Liste de médicaments* - 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 2.3.3.1 et 2.3.3.24 à 2.3.3.26).

- la durée de traitement exprimée en jours (3 chiffres);
 - Cette durée doit correspondre à la quantité fournie divisée par la posologie prescrite. Toutefois, un nombre de jours approximatif doit être inscrit si la durée du traitement ne peut être calculée avec précision compte tenu de la posologie ou de la forme pharmaceutique. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une utilisation variable au besoin, la détermination de la durée de traitement doit tenir compte de la posologie maximale journalière.

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

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

valeur CPhA

- une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie CS
- pour modifier la durée du traitement à la baisse (patient suicidaire) CV
- situation particulière - ordonnance de longue durée pré autorisée par la Régie DN
- renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente EO
- preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire adulte MA
- preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire à charge MB
- 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

#

2.3.3 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.

2.3.3.1 Médicament magistral

■ Principes à respecter :

- Un seul produit doit être inscrit sur la demande de paiement. Ce produit est un des ingrédients **actifs** du médicament magistral. Si plus d'un ingrédient actif est utilisé, inscrire le code DIN du plus dispendieux.

valeur CPhA

- 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 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, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, 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 mitomycine, 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 ou de phytonadione F
- # • une des préparations suivantes :
 - préparation topique de moutarde azotée (chlorhydrate de méchloréthamine) G
 - préparation pour usage rectal à base de sucralfate G

- Inscrire la source d'approvisionnement de l'ingrédient actif indiqué sur la demande de paiement.

- Inscrire le format d'acquisition de l'ingrédient actif indiqué sur la demande de paiement.

- La quantité de médicament correspond au total des quantités de chacun des ingrédients du médicament magistral.

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 montant du médicament correspond à la somme des coûts de chacun des ingrédients.

■ **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 de l'ingrédient actif
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition de l'ingrédient actif	Source d'approvisionnement de l'ingrédient actif	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

2.3.3.2 Fournitures

2.3.3.2.1 Fourniture de chambre d'espacement

■ **Principes à respecter :**

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

valeur CPhA

- Inscrire le code de service;

- fourniture de chambre d'espacement X

- Le montant du service a été établi à 7,80 \$ pour 32 000 ordonnances et moins et à 7,29 \$ pour plus de 32 000 ordonnances.

- fourniture de masque pour chambre d'espacement Y

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

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

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

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

2.3.3.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables

■ **Principes à respecter :**

- # - La dispensation de seringues-aiguilles ou aiguilles jetables est associée à celle d'un ou plusieurs médicaments injectables (insuline ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie **pour auto-administration**.
- # Par conséquent, les seringues-aiguilles ou aiguilles jetables doivent être facturées à la même date de service que celle du médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou du médicament pour inhalothérapie.
- # Le médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou le médicament pour inhalothérapie doivent être facturés en premier.
- # - 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 CPhA

- Inscrire le code de service;

- fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables F

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : F	Code DIN des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables
Nombre de renouvellements	Nature/expression d'ordonnance	Type de sélection
Source d'approvisionnement	Quantité des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables	Format d'acquisition
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 :**

- # La quantité de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables doit être calculée en fonction de la durée du traitement avec le médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou du médicament pour inhalothérapie et du nombre quotidien d'injections ou de doses.
Les seringues-aiguilles ou aiguilles jetables des diverses insulines peuvent être facturées sur une seule demande de paiement.

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

■ **Principes à respecter :**

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

valeur CPhA

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

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

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

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

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

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

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

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

Exceptionnellement, une ordonnance n'indiquant pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou une ordonnance dont le nombre de renouvellements autorisé 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 du traitement du dernier service.

■ **Principes à respecter :**

valeur CPhA

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

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

2.3.4 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie

2.3.4.1 Médicament ou patient d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament d'exception ou d'un médicament visé par le « Programme patient d'exception », inscrit le code de programme propre à la situation pour laquelle 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 d'exception et des médicaments visés par le « Programme patient d'exception ».

■ Principes à respecter :

valeur CPhA

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

- patient d'exception 40
- médicament d'exception 41

Pour le code de programme (40) « patient d'exception », 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 champs format d'acquisition.

■ 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	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition (seulement pour le programme 41)	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.

2.3.4.2 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 CPhA

- 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	Code DIN du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : CS
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.3 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 pré autorisée 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	Code DIN du médicament ou de la fourniture
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament ou de fourniture
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception particulier : DN
Montant du médicament ou de la fourniture : selon l'autorisation obtenue	Montant du service : selon l'autorisation obtenue	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.5 Réponse à une transaction de demande de paiement

Pour chaque demande de paiement transmise à la Régie, une réponse est envoyée à la pharmacie. Les renseignements contenus dans la réponse permettent au système en pharmacie d'imprimer le reçu de la personne assurée (voir la section 2.7).

Les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors de l'autorisation de la demande de paiement. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit:
 - demande de paiement acceptée telle que transmise;
 - demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service;
 - demande de paiement refusée.
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé du médicament ou de la fourniture;
- le montant du service professionnel accepté (la réduction découlant de l'application du plafond de 32,000 ordonnances y est déduite, le cas échéant);
- le montant de franchise à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant total cumulé des contributions de la personne assurée pour le mois en cours (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant qui reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale pour le mois en cours, s'il y a lieu (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant total payé par la Régie pour le service et le médicament ou la fourniture.

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

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

Après l'annulation, une nouvelle demande de paiement peut être soumise pour corriger la situation. Lorsque l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la transmission d'une nouvelle demande de paiement se font en présence de la personne assurée, la contribution peut être perçue sans problème. Si l'annulation d'une demande de paiement et, le cas échéant, la facturation d'une nouvelle demande de paiement, se font en l'absence de la personne assurée, il est de la responsabilité du pharmacien de corriger la situation auprès d'elle si la contribution est modifiée.

Le pharmacien dispose d'un délai de 7 jours additionnels, à partir du moment où la demande de paiement a été transmise (date de la transaction) pour soumettre en direct l'annulation de la demande de paiement. À l'expiration de ce délai, il doit communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens.

Les renseignements à transmettre à la Régie pour l'annulation d'une demande de paiement sont les suivants :

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

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

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

■ **Section B : données de dispensation**

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

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

- le numéro de l'ordonnance;
 - la date de la transaction;
- Il s'agit de la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement qui fait l'objet de l'annulation.

Si la personne assurée fait remplir plus d'une ordonnance lors d'une visite à la pharmacie et qu'elle refuse une de ses ordonnances pour un motif quelconque, le pharmacien doit alors annuler la demande de paiement pour l'ordonnance refusée ainsi que la ou les suivantes, le cas échéant. Par la suite, il doit soumettre une nouvelle demande de paiement pour chaque ordonnance acceptée par la personne assurée. Ce principe s'applique également pour toute demande de paiement facturée à une date de service postérieure à la date de service de la demande de paiement annulée. Cela est requis pour remettre à jour l'état des contributions cumulées pour la personne assurée.

Pour chaque annulation transmise à la Régie, une réponse est retournée en mode interactif à la pharmacie. La réponse contient les éléments d'information nécessaires pour déterminer le montant du service et le montant du médicament ou de la fourniture inscrits sur la demande de paiement annulée par la Régie. De plus, elle comprend *les montants de contribution que la Régie ne considère plus comme perçus auprès de la personne assurée pour la demande de paiement annulée.*

Cette réponse permet au système en pharmacie d'informer adéquatement le pharmacien sur le traitement effectué.

Plus précisément, les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement annulée;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement annulée;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors du traitement de la demande d'annulation. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit;
 - demande d'annulation acceptée;
 - demande d'annulation refusée;
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur au maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé initialement du médicament ou de la fourniture sur la demande de paiement annulée;
- le montant du service professionnel initialement autorisé sur la demande de paiement annulée;
- le montant de franchise de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance de la demande de paiement annulée, s'il y a lieu;
- le montant total pour le service et le médicament ou la fourniture de la demande de paiement annulée.

2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER

Il est possible pour chaque pharmacie d'obtenir quotidiennement de la Régie un sommaire par pharmacie des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date particulière. Ce sommaire permet de concilier le nombre de transactions de chaque type et les montants autorisés ou annulés.

Idéalement, cette conciliation devrait être effectuée pour chaque journée au cours de laquelle une pharmacie a transmis des transactions à la Régie. Cela permet de déceler rapidement les anomalies ou les incohérences dans les traitements sans attendre la réception de l'état de compte. Il est alors plus facile, de part et d'autre, de procéder aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu.

La pharmacie peut obtenir le sommaire journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.

La réponse à une transaction de sommaire journalier consiste à donner, pour chaque type de transaction effectuée par une pharmacie à une date donnée, le nombre total de transactions faites et les montants totaux autorisés ou annulés.

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

Le critère de sélection des transactions qui sont cumulées dans le sommaire journalier est la date de la transaction, c'est-à-dire la date à laquelle la demande de paiement a été autorisée.

2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER

Il est possible d'obtenir de la Régie un détail des transactions (demandes de paiement et demandes d'annulation) soumises à une date donnée. Ce détail permet de concilier chaque transaction et le montant autorisé ou annulé.

Chaque type de transaction doit être demandé séparément. On peut demander les transactions à partir du début de la journée ou pour une plage de numéros d'ordonnance.

On peut obtenir le détail journalier des transactions seulement pour les sept derniers jours civils.

Remarque : Cette transaction devrait toutefois n'être effectuée que lorsque des erreurs sont décelées à la conciliation du sommaire journalier. Ce sont des transactions complexes, qui demandent beaucoup de traitement et qui ne permettent d'accéder **qu'à 14 détails de transactions** à la fois.

Donc, pour obtenir le détail complet d'une journée où une pharmacie aurait effectué 500 transactions avec la Régie, il faudrait faire près de 40 transactions de détail journalier consécutives.

La réponse à une transaction de détail journalier permet d'obtenir, pour le type de transaction spécifié et à la date demandée, le numéro de l'ordonnance et le montant autorisé ou annulé.

Cette réponse est présentée selon l'ordre chronologique de transmission des demandes de paiement répertoriées pour le détail journalier.

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

Le critère de sélection des transactions qui sont cumulées dans le détail journalier est la date de la transaction, c'est-à-dire la date à laquelle la demande de paiement a été autorisée.

2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE

Le système en pharmacie doit produire un reçu clair et détaillé qui sera remis à la personne assurée pour chaque médicament fourni. Lorsque les services et les médicaments sont assurés par la Régie, le reçu doit contenir toute l'information pertinente pour que la personne assurée puisse comprendre comment a été établi le montant de sa contribution pour le service reçu, le total des contributions qu'elle a payées et le montant qu'il lui reste à payer avant d'atteindre sa contribution maximale pour la période en cours.

EXEMPLE DE REÇU

Le reçu doit indiquer clairement, pour chaque médicament reçu :

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

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		<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro d'identification bancaire de la Régie, 200661, est obligatoire. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
02	N° de version de la norme CPhA en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro de version de la norme CPhA, 36, est obligatoire. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
03	Code de transaction en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le code de transaction est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33 2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
04	N° de développeur de logiciel en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro de développeur de logiciel est obligatoire et le fournisseur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
05	Numéro de version de logiciel en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro de version de logiciel est obligatoire et le fournisseur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
21	Numéro de pharmacie en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro de pharmacie est obligatoire. Il est formé de 4 zéros suivis de 5 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la Régie et d'un chiffre de contrôle. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
22	Date de service en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La date de service est obligatoire et doit être de format AA (an) MM (mois) JJ (jour). Exemple : 020901. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
23	Numéro de contrôle externe en erreur (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro de contrôle externe est obligatoire. Il est formé de 8 chiffres dont les 4 derniers forment un nombre supérieur à zéro. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
30	Code de programme en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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 - programme patient d'exception = 40 - programme médicament d'exception = 41 - programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence = 04 <p>Voir section 2.3.3.15 « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS », la section 2.3.3.16 « Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose », la section 2.3.4.1 « Médicament ou patient d'exception » et la section 2.3.3.27 « Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence ».</p>
31	Code de groupe en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) figure sur la demande de paiement : <ul style="list-style-type: none"> - 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas sur la demande de paiement :</p> <p>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 »;</p> <p>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.</p> <p>OU</p> <p>2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM).</p> <p>Voir section 1.3 « Identification de la personne assurée ».</p>
34	Date de naissance en erreur	<p>1. Le date de naissance est obligatoire. Vérifier si elle est inscrite sur la demande de paiement.</p> <p>2. Si oui, vérifier si elle est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - antérieure à la date du service ou si elle y correspond; - en format AAAA (an) MM (mois) JJ (jour) : ex. : 19520528; - une date valide (ex. : le 30 février est une date invalide).
36	Lien de parenté en erreur	<p>1. Le lien de parenté est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détenteur de carte (valeur par défaut) = valeur 0; - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = valeur 2. <p>Voir section 2.3.2. « Données de facturation - cas régulier - section C ».</p>
37	Prénom de la personne en erreur	<p>1. Le prénom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>
38	Nom de la personne en erreur	<p>1. Le nom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
40	Code du sexe de la personne en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le sexe de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une de ces valeurs F ou M. 2. En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le code de sexe doit être F (féminin). Vérifier si le code de sexe F est inscrit sur la demande de paiement.
52	Nature de l'ordonnance en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nature de l'ordonnance est obligatoire, sauf pour les services suivants : refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement « 1 », opinion pharmaceutique « 3 », pharmacien désigné rémunération mensuelle « S », prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence « 4 », transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 7 » et frais d'emballage des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 8 ». Dans les autres cas, vérifier si la nature et l'expression de l'ordonnance sont inscrites sur la demande de paiement avec les valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - nouvelle ordonnance écrite = N; - nouvelle ordonnance verbale = V; - renouvellement ordonnance écrite = S; - renouvellement ordonnance verbale = R. <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel - section D ».</p>
54	Nombre de renouvellements en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. En cas de nombre de renouvellement en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).
55	Numéro d'ordonnance en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro d'ordonnance est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement. 2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.
56	Code de produit en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le code de produit (DIN) est obligatoire, sauf si le service est une opinion pharmaceutique « 3 », une prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence « 4 », un transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 7 », un frais d'emballage des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques « 8 » ou correspond à la rémunération mensuelle à un pharmacien désigné « S ». Pour ces services, aucun code DIN ne doit être inscrit sur la demande de paiement. Pour tous les autres services, vérifier si le code de produit (DIN) est inscrit tel qu'indiqué dans la <i>Liste de médicaments</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41);</p> <p>2.1 Vérifier le code DIN du produit autorisé par la Régie pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.</p> <p>OU</p> <p>2.2 Informer la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la Régie et que son médecin doit en faire la demande à la Régie.</p> <p>3. Vérifier si le format d'acquisition correspondant au code DIN inscrit sur la demande de paiement figure dans la <i>Liste de médicaments</i>.</p> <p>3.1 S'il s'agit d'un médicament pour un patient d'exception, le format d'acquisition doit être absent.</p>
57	Code de service en erreur	<p>1. Le code de service est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement et qu'il correspond bien à ceux du <i>Manuel des pharmaciens</i>.</p> <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel - section D ».</p>
58	Quantité en erreur	<p>1. Lorsqu'un code DIN est inscrit sur la demande de paiement, la quantité du produit est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants :</p> <p>- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1;</p>
59	Durée du traitement en erreur	<p>1. En présence d'un code DIN, la durée du traitement est obligatoire, sauf pour les services suivants :</p> <p>- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1;</p> <p>2. La durée du traitement pour un médicament dispensé sous la forme de pilulier doit être égale à 7 jours (ou moins exceptionnellement).</p> <p>3. Le code d'intervention/exception « UI » (pharmacie désignée contactée ou non) est inscrit sur la demande de paiement, le numéro du pharmacien désigné n'y est pas inscrit, le format du médicament est divisible, mais la durée du traitement est supérieure à 5 jours.</p> <p>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 25 b) de l'Annexe II de l'Entente.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>4. Le code d'intervention/exception « MT » (pour indiquer une pharmacothérapie initiale) est inscrit sur la demande de paiement mais la durée du traitement est différente de celle permise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Voir la Règle 19 f) de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>5. La durée de traitement inscrite sur la demande de paiement excède 365 jours. Pour fins de calcul de la contribution, vous ne devez pas transmettre une demande de paiement dont la durée de traitement dépasse un an. Veuillez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#		<p>6. La durée de traitement pour un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente ne doit pas excéder 30 jours.</p>
60	Type de prescripteur en erreur	<p>1. Le type de prescripteur est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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); - prescripteur hors du Québec non inscrit à la Régie (99). <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>
61	N ^o ou nom de prescripteur invalide	<p>1. Le numéro du prescripteur (6 chiffres) est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p> <p>2. Si le type de prescripteur est « Hors Québec (99) », le nom de famille (9 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement.</p> <p>3. Si le type de prescripteur est 56, vérifier si le numéro du prescripteur est égal au numéro du pharmacien instrumentant.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
62	Code de sélection en erreur	<p>1. Vérifier si le type de sélection inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » inscrit de sa main = 1; - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3. <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>
63	Type de service en erreur	<p>1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues.</p> <p>Voir sections 2.3.3.1 « Médicament magistral », 2.3.3.24 « Thérapie parentérale », 2.3.3.25 « Mise en seringue de solution de chlorure de sodium » ou 2.3.3.26 « Préparation de solution ophtalmique ».</p>
65	Code d'intervention/exception en erreur	<p>1. Vérifier si le code d'intervention/exception inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service.</p> <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>
66	Coût médicament/fourniture en erreur	<p>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.</p>
68	Frais de service en erreur	<p>1. Vérifier si les frais de service inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique.</p> <p>Voir section 7 - « Tarif ».</p>
76	N° de pharmacien absent/erreur/non admis	<p>1. Le numéro de pharmacien instrumentant est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement.</p>
90	Date de transaction en erreur (◆)	<p>1. La date de transaction est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : 020901.</p> <p>2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le fournisseur de logiciel.</p>
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	<p>1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique.</p> <p>NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.</p>
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	<p>1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de fin est numérique.</p> <p>NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, ne rien inscrire dans ce champ.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
3A	Code d'intervention (3-4) en erreur	<p>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).</p> <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>
5A	Source d'approvisionnement en erreur	<p>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>.</p> <p>Voir la <i>Liste de médicaments</i>, Renseignements généraux, Annexe III, section C, grossistes en médicaments reconnus par le ministre.</p>
5B	No. de pharmacie désignée en erreur	<p>1. Vérifier si le numéro de la pharmacie désignée inscrit sur la demande de paiement correspond au numéro de la pharmacie contactée.</p> <p>Voir section 1.2.1.1.B « Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments ».</p> <p>2. Vérifier si à la date de service, un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire.</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».</p>
5C	Format d'acquisition en erreur	<p>1. Vérifier si le format d'acquisition inscrit sur la demande de paiement est numérique.</p>
5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	<p>1. Vérifier si la date de fin de validité inscrite sur la demande de paiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est après la date du service ou y correspond; - est en format AAAA (an) MM (mois) JJ (jour) - ex. : 20021028; - est une date valide (ex. : le 30 février est une date invalide). <p>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.</p>
#		<ul style="list-style-type: none"> - 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 2.3.3.30 «Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente».

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
A1	Demande de paiement trop ancienne	Vérifier si le délai de soumission de 35 jours est dépassé. Pour être acceptée en communication interactive, la date de service doit se situer dans l'intervalle « date du jour moins (-) 34 jours » Ex. : date du jour = 010912 moins (-) 34 jours = 010808 l'intervalle des dates de service acceptables = 010808 au 010912.
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 : *****	<p>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.</p> <p>2. Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif.</p> <p>Voir section 2.3.3.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ».</p> <p>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.</p> <p>4. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (code de service = S) est payable pour un prestataire par mois.</p> <p>Voir l'article 4.01 de l'Entente particulière concernant le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments.</p>
A8	Demande de paiement à annuler absente	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.
A9	Demande de paiement déjà annulée	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
B1	Pharmacie non admissible	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si le numéro de pharmacie est bien inscrit sur la demande de paiement. S'assurer que le numéro de pharmacie est valide à la date de service.
C6	Personne non assurée	<ol style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Voir section 2.3.3.15 - Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ou section 2.3.3.16 - Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose.</p> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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 : <ul style="list-style-type: none"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA » <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».
C9	Personne non couverte par ass. méd.	<ol style="list-style-type: none"> Il s'agit d'un prestataire d'assistance-emploi dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » et dont la carte d'assurance maladie n'est pas valide. C'est un revendicateur du statut de réfugié. Il est couvert par le gouvernement fédéral (Programme de santé intérimaire). Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
D1	Code de produit non payable	1. Un adjuvant, un solvant ou un véhicule n'est pas payable s'il est réclamé seul, sauf si l'ordonnance a été autorisée par la Régie dans le cadre du programme « Patient d'exception » ou en considération spéciale par le Service de l'expertise pharmaceutique. Vérifier si le code DIN est exact.
D2	Code de produit qui n'est plus assuré	1. Vérifier si le code DIN ou le format d'acquisition du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.
D3	Prescripteur non admissible	1. Vérifier si le numéro du prescripteur correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2. En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le prescripteur doit être un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement.
#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 (référence, point 2.3.3.30 de l'onglet «communication interactive»).
		Remarque : La Régie accepte un seul renouvellement supplémentaire.
		- en cas d'erreur, pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité : utiliser le code d'intervention / exception MG (référence, point 2.3.3.20, de l'onglet «communication interactive» de votre manuel).
		- sinon : une nouvelle ordonnance est requise.
		2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (code de service = 1): aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
		3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de MTS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
		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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
D6	Montant total supérieur à 1 000 \$	<p>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 ».</p> <p>Voir section 2.3.3.22 « Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$ ».</p>
D7	Renouvellement hâtif NCE : *****	<p>1. S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention/exception sur la demande de paiement.</p> <p>Voir section 2.3.3.19 « Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) ».</p>
E1	Traitement en erreur	<p>1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	<p>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.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
CT	PAE non autorisé à cette pharmacie	<p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».</p>
#DE	Délai de facturation dépassé: NCE :*****	<p>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.</p> <p>- Une nouvelle ordonnance est requise.</p> <p>La Régie établit la date limite de facturation comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour une ordonnance non renouvelable ou un renouvellement dont le nombre est atteint: date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 30 jours; - pour une ordonnance facturée avec un nombre de renouvellements = 99 : date de fin de validité de l'ordonnance du service précédent + 30 jours.
DH	Frais de service ajustés	<p>1. Selon le code de service, si l'écart est de 0,51 \$, 0,83 \$ ou 0,86 \$ (à partir du 1^{er} juillet 2003), cela indique que le plafond de 32 000 ordonnances est atteint et que les frais de service sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente).</p> <p>2. Après vérification des tarifs (voir section 7 « Tarif » du présent manuel), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le fournisseur de logiciel.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
DJ	Coût du produit ajusté	<p>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).</p> <p>2. Après vérification du calcul du coût du médicament, si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le fournisseur de logiciel.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
DX	Autorisation requise pour l'ordonnance	<p>1. Pour un médicament d'exception ou pour un médicament visé par le programme « patient d'exception », vérifier auprès de la personne assurée à quelle date la demande d'autorisation a été transmise à la Régie. Un délai de 2 jours ouvrables à partir de la date de réception à la Régie est nécessaire pour évaluer une demande d'autorisation. Si le délai est plus grand, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.4 « Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie »</p> <p>3. Pour une situation de renouvellement hâtif pré autorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.3.19 « Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) »</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>4. Pour une ordonnance de longue durée pré autorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.4.3 « Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée ».</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.29 de l'onglet Communication interactive.</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.29 de l'onglet Communication interactive.</p>
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	1. Il y a une erreur d'inscription du ou des codes d'intervention/exception sur la demande de paiement. Se reporter aux procédures établies par le fournisseur du logiciel.
EJ	Date prévue de renouvellement AAAA/MM/JJ	1. Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la Régie a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de calcul de cette date sont définies à la section 2.3.3.19 « Non-respect de la durée du traitement ». NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
EK	Ordonnance de longue durée; XXX jours	1. Il s'agit d'une ordonnance de longue durée pour laquelle la Régie a perçu plus d'une contribution. Le nombre de jours inscrit dans le message correspond à la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
HF	Autorisation prendra fin le SSAA/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.
KF	Quantité autorisée dépassée	1. Ce message paraît pour le programme « patient d'exception » ou pour un médicament d'exception. La quantité de médicaments inscrite sur la demande de paiement additionnée aux quantités déjà payées ne doit pas dépasser la quantité totale autorisée par la Régie et mentionnée sur la lettre d'autorisation transmise à la personne assurée.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : *****	<p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.7 « Initiation d'une pharmacothérapie ».</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.20 « Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité ».</p>
#KJ	Date de fin de validité expirée NCE : *****	<p>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 doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.3.30»Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente.</p>
#		<p>Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception «MG» sur la demande de paiement.</p> <p>Voir section 2.3.3.20 « Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité ».</p>
KO	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	<p>1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre code de preuve temporaire d'admissibilité dans le même mois.</p> <p>Vérifier la situation de la personne à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>2. La personne a déjà obtenu des médicaments sous le même code de preuve temporaire d'admissibilité dans un mois antérieur et son statut de prestataire d'assistance-emploi (PAE) n'a jamais été confirmé.</p> <p>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.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KP	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 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 2.3.3.19 « Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) ». 2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le code d'intervention/exception « MB » est inscrit sur la demande de paiement et la personne a 65 ans et plus (PAE adulte). Modifier le code d'intervention/exception pour « MA ».
LS	Durée de traitement admissible ##JRS	<ol style="list-style-type: none"> 1. La durée de traitement totale 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.
LT	Période permise dépassée NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 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 : *****	<ol style="list-style-type: none"> 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 : ***	<ol style="list-style-type: none"> 1. La quantité de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), du code de service 7 (transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques) ou du code de service 8 (frais d'emballage des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques), aucun DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans DIN ou vérifier le code de service.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
MY	Service déjà payé autre pharmacie NCE : *****	<p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ».</p> <p>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.</p>
NF	Quantité en erreur vs durée traitement	<p>1. Vérifier les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 2.3.3.21 « Dépassement de la quantité maximale journalière »; • s'il s'agit de la facturation d'un format complet d'un contraceptif pour la pilule du lendemain, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pilule du lendemain » « PL ». Voir section 2.3.3.14 « Pilule du lendemain »; • s'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pré-autorisation téléphonique a été obtenue de la Régie » « CS ». Voir section 2.3.4.2 « Considération spéciale ». <p>NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.</p>
NG	Substitution et nature ord. incompatibles	<p>1. Vérifier le type de sélection :</p> <p>- 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.</p> <p>NOTE : Lorsque le choix du prescripteur est de ne pas substituer, l'ordonnance (nouvelle ou renouvellement) doit être écrite.</p>
NH	Quantité en erreur - format indivisible	<p>1. Vérifier dans la <i>Liste de médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de format indivisible.</p> <p>Si oui, inscrire exactement la quantité du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne.</p> <p>2. Si la quantité facturée est pour une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la Régie.</p>
NI	Un seul code de service est permis	<p>1. Vérifier la demande de paiement, car un seul code de service est permis, à l'exception du « service sur appel : A » où deux codes de service sont requis.</p> <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NJ	Service absent ou incomp. avec appel	<p>1. Vérifier si le code du service sur appel inscrit sur la demande de paiement correspond bien à la situation. Si oui, il doit être réclamé avec un autre code de service. Toutes les valeurs sont possibles, sauf le code de service suivant : pharmacien désigné - rémunération mensuelle = S.</p> <p>Voir section 2.3.2.2 « Ordonnance et service professionnel ».</p>
NK	Service requiert un type de service	<p>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.</p> <p>Si oui, le type de service inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.3.1 « Médicament magistral », 2.3.3.24 « Thérapie parentérale », 2.3.3.25 « Mise en seringue de solution de chlorure de sodium » ou 2.3.3.26 « Préparation de solution ophtalmique »).</p>
NM	Service et classe de produit incompatibles	<p>1. Vérifier si le code de service correspond à une ordonnance de supplément diététique. Si oui, le code DIN inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste de médicaments</i> ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation.</p> <p>OU</p> <p>2. Vérifier si le code de service correspond à la fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables ou à la fourniture d'une chambre d'espaceur. 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 « Fournitures ».</p>
NN	Service et code d'intervention incompatibles	<p>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.</p> <p>Voir sections 2.3.3.4 « Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement » ou 2.3.3.5 « Opinion pharmaceutique ».</p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.3.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».</p> <p>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 2.3.3.29 de l'onglet Communication interactive.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NO	Service requiert personne sous surveillance	<ol style="list-style-type: none"> 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. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service. Voir section 2.3.3.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».
NP	Service non valide personne sous surveillance	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier s'il s'agit d'un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service pour qui vous êtes le pharmacien désigné. Si oui, le code de service de refus d'ordonnance ne peut être utilisé puisque ce service est non payable pour un prestataire soumis au mécanisme de surveillance. Voir Règle 9 de l'annexe II de l'Entente.
NQ	Médicament non permis en pharmacothérapie initiale	<ol style="list-style-type: none"> Le médicament inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Voir « Pharmacothérapie initiale » à l'Annexe VI de l'Entente.
NR	Médicament non permis en pilulier	<ol style="list-style-type: none"> 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 : *****	<ol style="list-style-type: none"> 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 19 f) de l'Annexe II de l'Entente.
PA	Médicament non permis pour le type de prescripteur	<ol style="list-style-type: none"> Le médicament inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
PC	Service non permis pour ce prescripteur	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 : *****	<ol style="list-style-type: none"> 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 : ***** , *****	<ol style="list-style-type: none"> Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions du même type déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.

ANNEXE II

RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

RÈGLE 1

Pour fins de rémunération, le coût des services, des médicaments et des fournitures que fournit le pharmacien n'est payable que si les médicaments, les services et les fournitures ont été fournis en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments, de leurs règlements et des dispositions de l'entente, le tout en exécution ou relativement à l'exécution d'une ordonnance valide au sens de la Loi sur la pharmacie, de ses règlements et de toute réglementation régissant la délivrance de médicaments couverts par la Loi des aliments et drogues et par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

RÈGLE 2

La Régie paie au pharmacien le coût des services qu'il a rendus lui-même à une personne assurée ou qui ont été rendus par une autre personne autorisée par la Loi sur la pharmacie ainsi que le coût des fournitures, des médicaments ou de formules nutritives déterminés par la Loi. Toutefois, le seul service applicable aux formules nutritives est le suivant :

- délivrance sur ordonnance ou sur renouvellement d'ordonnance de formules nutritives.

Cependant, quant à toute personne visée par le paragraphe 1.02 de l'entente, le coût des services ne lui est payable par la Régie que si les services ont été rendus par un pharmacien, à son emploi.

Le coût des services inclut notamment les frais de livraison, le cas échéant.

RÈGLE 3

Le coût des services prévus au tarif est payable pour chaque médicament ou formule nutritive fourni en vertu d'une ordonnance à une personne assurée.

Lorsque pour les fins d'administration d'un médicament assuré un solvant est requis, un seul coût de service est payable pour la fourniture du médicament assuré et du solvant.

AVIS : Voir la section 2.3.3.3 sous l'onglet « Communication interactive ».

RÈGLE 4

Le coût des services est payable pour le renouvellement d'une ordonnance lorsque le renouvellement est dûment prescrit sur l'ordonnance.

Toutefois, dans le cas de médicaments utilisés de façon continue pour le traitement d'une maladie chronique ou de longue durée identifiable ou portée à l'attention du pharmacien, ainsi que pour le planning familial et la thérapie hormonale de remplacement pour la ménopause, une ordonnance n'indiquant pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint peuvent, exceptionnellement, être renouvelées une fois pour une période maximale de trente (30) jours ou plus si le format est indivisible.

Le renouvellement est alors réputé être un service assuré et traité comme tel pour autant que :

- a) ce renouvellement survienne dans un délai n'excédant pas trente (30) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale dans le cas où l'ordonnance n'indique pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou celle prévue au dernier renouvellement prescrit lorsqu'il s'agit d'une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint; et
- b) le pharmacien ait informé la personne assurée, par une mention à l'étiquette lors du dernier service précédant le renouvellement supplémentaire visé à l'alinéa a), qu'il ne pouvait renouveler l'ordonnance au terme du traitement.

AVIS : Voir la section 2.3.3.30 sous l'onglet « Communication interactive ».

RÈGLE 5

À la suite de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, prestation définie à l'Entente particulière relative au programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, le pharmacien peut prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence conformément aux dispositions des lois et règlements relatifs à la contraception orale d'urgence. Le tarif de l'exécution de l'ordonnance est prévu au point 1 de l'annexe III.

Les services suivants relatifs à une ordonnance de contraception orale d'urgence prescrite par un pharmacien ne donnent droit à aucun paiement :

- Renouvellement de l'ordonnance;
- Refus d'exécuter ou de renouveler l'ordonnance;
- Opinion pharmaceutique adressée à un pharmacien.

Le coût du médicament payable par la Régie aux fins de la contraception orale d'urgence est celui correspondant à la quantité de médicament prescrite requise pour les besoins immédiats de la contraception orale d'urgence. Cependant, lorsqu'une partie seulement d'un produit indivisible de la Liste des médicaments est fournie pour la contraception orale d'urgence, le coût du format complet du produit peut être payable en autant que le reste n'est pas utilisable en raison de la nature de son conditionnement.

RÈGLE 6

Dans le cas de refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance par un pharmacien, la Régie paie au pharmacien pour un motif d'ordre thérapeutique ou pour une ordonnance falsifiée, le coût des services prévu au point 3 de l'Annexe III, pourvu que :

- a) le refus vise un médicament assuré;
- b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien;
- c) l'ordonnance refusée ou son fac-similé soit versé à son registre.

AVIS : Voir la section 2.3.3.4 sous l'onglet «Communication interactive».

RÈGLE 7

Lorsque le refus d'exécution d'une nouvelle ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance s'accompagne d'une opinion pharmaceutique, seule l'opinion pharmaceutique est payable.

RÈGLE 8

L'ordonnance déjà refusée par un pharmacien ne donne lieu à aucun autre paiement.

RÈGLE 9

Un refus d'exécuter une ordonnance au motif de manque de médicament ne donne droit à aucun paiement.

Un refus d'exécution émis au motif d'un chevauchement de validité entre deux ordonnances lors de la reconduction d'un traitement identique (i.e. prescription d'un médicament) ne donne droit à aucun paiement.

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

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

RÈGLE 10 Opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien, dressé sous son autorité, portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'une personne assurée ou sur la valeur thérapeutique d'un ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur. Le pharmacien est tenu d'en remettre une copie à la personne assurée si celle-ci en fait la demande. Dans tous les cas, une copie de l'opinion pharmaceutique doit être versée et conservée au dossier de la personne assurée.

Pour être payable, l'opinion doit porter sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du programme et comporter une recommandation qui soit propre à la personne assurée concernée.