



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 31

AVRIL 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

REMARQUE : SOMMAIRE

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

- INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) à 4

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modification des tarifs au 1er avril 2009

Pages : [14](#), [21](#), [23](#) à 27, [43](#) à 48 et [77](#)

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [2](#), [36](#), [52](#) et 59

- **TARIF**

- Modification des tarifs au 1er avril 2009

Pages : [1](#) à 10

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 151 / 2008-12-10, 049 / 2008-06-11, 106 / 2007-11-08 (dernière partie)*

LÉGENDE

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

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

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



INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec et région : 418 643-9025

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

Par télécopieur :

- Québec : 418 528-5655

- Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel. - Tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'entente. <ul style="list-style-type: none"> - Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé. - L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

OÙ APPELER EN CAS DE BESOIN ?

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
1. Ordinateur - imprimante - modem - logiciels (en pharmacie)	
<p>L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • leur fonctionnement; • leur utilisation; • les modifications à y apporter; • une communication qui ne peut être établie avec la Régie, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent. 	<p>Suivre les instructions de votre fournisseur.</p>
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif	
<p>Contribution</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance - franchise - plafond). <p>Demande de remboursement</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée. <p>Divers problèmes de communication interactive</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc). <p>Entente</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour des explications sur l'Entente. <p>États de compte</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour des données sur les états de compte. <p>Expertise pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique). <p>Inscription</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments. <p>Médicaments ou patients d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la « Mesure du patient d'exception » ou à un prestataire d'une aide financière de dernier recours soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments. 	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>en composant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Québec et région : 418 643-9025 • Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR) <p>Des préposés répondent de :</p> <p>8 h 30 à 17 h 30, du lundi au vendredi</p> <p>En dehors de ces périodes, un système de boîte vocale enregistre les messages et un préposé rappelle dès l'ouverture du Centre.</p>

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)	
<p>Message d'erreur</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la Régie. <p>Numéro d'assurance maladie (NAM)</p> <ul style="list-style-type: none"> pour obtenir le NAM d'une personne assurée qui n'a pas sa carte en sa possession, s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans. 	
3. Renseignements généraux	
<ul style="list-style-type: none"> Commande de formulaires ou de publications (voir sous l'onglet « Manuels et formulaires »). Demande d'état de compte. Demande de remplacement de chèque. Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la Régie. 	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>en composant :</p> <ul style="list-style-type: none"> Québec et région : 418 643-9025 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)
4. Consultation ou transmission de document	
<p>#</p> <ul style="list-style-type: none"> Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens. Consultation dans Internet des publications et des communiqués de la Régie. 	<ul style="list-style-type: none"> Numéros du télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 Adresse du courrier électronique : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca Adresse Internet : http://www.ramq.gouv.qc.ca

2. COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

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

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

2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

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

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

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

Centre de support aux pharmaciens

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

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

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

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

EXEMPLES DE SITUATIONS

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

Besoins
<ul style="list-style-type: none"> • Le pharmacien a besoin d'aide pour compléter une transaction ou <ul style="list-style-type: none"> • ne comprend pas qu'une transaction soit refusée ou <ul style="list-style-type: none"> • a besoin d'explication sur un message d'erreur signalé par le système interactif ou <ul style="list-style-type: none"> • a besoin de tout autre renseignement sur une transaction de communication interactive au moment de dispenser un médicament

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

Besoins	
#	<ul style="list-style-type: none"> • Le pharmacien a besoin d'une expertise pharmaceutique pour une considération spéciale ou • expose un problème relatif à un cas de « patients/médicaments d'exception (PME) ».

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

Besoins	
#	<ul style="list-style-type: none"> • Le pharmacien a besoin de vérifier l'inscription d'une personne à la Régie avant de soumettre sa transaction ou • désire obtenir le NAM d'une personne n'ayant pas sa carte en sa possession s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 à 17 ans ou • désire obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée.

- C) Autres renseignements

Besoins	
#	<ul style="list-style-type: none"> • Le pharmacien a besoin d'aide pour comprendre des données inscrites à l'état de compte ou • a besoin d'aide pour comprendre certains éléments de l'Entente ou • a besoin de renseignement pour remplir une « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 3621).

- D) Formulaire, publications et autres

Besoins	
#	<ul style="list-style-type: none"> • veut recevoir des états de compte ou de revenus • veut remplacer un chèque • veut commander des formulaires ou des publications relatives au régime d'assurance maladie ou au régime public d'assurance médicaments • veut faire un changement d'adresse

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

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

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

- Le coût de la composante.

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

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

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

2.3.4.2 Fournitures

2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espace

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

• fourniture de chambre d'espace X

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

• fourniture de masque pour chambre d'espace Y

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

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

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

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

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

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

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- pilulier P

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

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

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

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

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

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

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

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

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

2.3.4.10 Préparation de capsules placebo

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

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

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo B

- Inscrire le code DIN du médicament dont les capsules ont été vidées.

- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités du médicament et de l'adjuvant.

- Inscrire le format d'acquisition et la source d'approvisionnement du médicament dont les capsules ont été vidées.

- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts du médicament et de l'adjuvant.

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

#			2009-04-01
#	1 à 30 capsules	=	13,43 \$
#	31 à 60 capsules	=	19,28 \$
#	61 à 100 capsules	=	25,70 \$
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

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

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

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

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

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo B

- Inscrire le code DIN correspondant à celui de la capsule vide.

- Inscrire le format d'acquisition et la source d'approvisionnement des capsules vides.

- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités des capsules vides et de l'adjuvant.

- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts des capsules et de l'adjuvant.

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

#			2009-04-01
#	1 à 30 capsules	=	13,43 \$
#	31 à 60 capsules	=	19,28 \$
#	61 à 100 capsules	=	25,70 \$
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

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

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

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

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

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

2.3.4.11 Préparation de capsules

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

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

#			2009-04-01
#	1 à 30 capsules	=	13,43 \$
#	31 à 60 capsules	=	19,28 \$
#	61 à 100 capsules	=	25,70 \$
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,24 \$ par capsule

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

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

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

2.3.4.12 Préparation de sachets

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de sachets H

- Inscrire le code DIN du médicament mis en sachets.

- La quantité de médicament correspond à la somme des quantités du médicament, de l'adjuvant, le cas échéant, et des sachets OU des quantités du médicament et de l'adjuvant, si nécessaire.

- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts du ou des médicaments et de l'adjuvant.

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

#			2009-04-01
#	1 à 30 sachets	=	13,43 \$
#	31 à 60 sachets	=	19,28 \$
#	61 à 100 sachets	=	25,70 \$
#	Plus de 100 sachets	=	nombre de sachets multiplié par 0,24 \$ par sachet.

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

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

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

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

2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline

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

■ Principes à respecter :

La mise en seringue d'insuline se fait à partir d'une ou de plusieurs insulines.

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- mise en seringue I

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

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

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

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

Moins de 17 seringues = 9,83 \$

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

Un montant de 2,61 \$ doit être ajouté au coût de service demandé lorsqu'il s'agit d'un mélange d'insulines.

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

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

2.3.4.14 Pilule du lendemain

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

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution d'une ordonnance

- Inscrire le code DIN correspondant au produit.

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

2 comprimés = quantité 0,1

4 comprimés = quantité 0,2

6 comprimés = quantité 0,3

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

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

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

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

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

2.3.4.18 Pharmacien désigné contacté ou non contacté

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

■ Principes à respecter :

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

- Si le pharmacien désigné est contacté :**valeur**

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

- pharmacie désignée contactée (ou non) UI

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

- Si le pharmacien désigné ne peut être contacté :

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

- pharmacie désignée contactée (ou non) UI

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

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

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

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

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements = 0	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Codes d'intervention ou d'exception particuliers : UI ou UI et VE
Montant du médicament	Montant du service	No pharmacien instrumentant
N° pharmacie désignée, le cas échéant	No prescripteur	Type de prescripteur

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

Les **renouvellements hâtif** et **anticipé** font référence à l'approvisionnement en médicament d'une personne qui devance la **date prévue du renouvellement** de ce médicament (mêmes dénomination commune, forme et teneur). Les nuances et les particularités touchant ces notions de renouvellement hâtif et de renouvellement anticipé **peuvent être appréciées dans les paragraphes ci-après propres à chacune d'elle.**

■ Détermination de la date prévue du renouvellement :

Lors de la transmission de la demande de paiement pour un médicament, le système interactif vérifie s'il s'agit du premier service pour le médicament ou non, et cela, que la demande de paiement vise une nouvelle ordonnance ou un renouvellement, servi ou non dans la même pharmacie.

- S'il ne s'agit pas du premier service, le système établit, à partir des données à l'historique (date du service et durée de traitement inscrites sur la demande de paiement précédente), la date prévue du renouvellement afin de savoir si le service facturé devance ou non cette date.

#	Date de service de la demande de paiement en traitement :	2008-12-30
#	Date de service de la demande de paiement antérieure :	2008-12-04
	Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
#	Date prévue du renouvellement :	2009-01-03 (2008-12-04 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement suivant :	2009-02-02 (2009-01-03 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement subséquent :	2009-03-04 (2009-02-02 + 30 jours)
	Et ainsi de suite	

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

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

■ Renouvellement hâtif :

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

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

Les messages d'erreur signalant cette situation sont :

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

■ Renouvellement anticipé :

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

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

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

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

2.3.4.24 Thérapie parentérale

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

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

- Inscrire le code de service;

- Exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale T

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

- Inscrire le type de service;

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

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

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

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

- Le montant du service est calculé en additionnant les frais de service et le montant calculé à partir des tarifs par unité, en tenant compte du nombre d'unités fournies, du tarif de la première unité et de celui des unités suivantes :

#	Type	Description	Tarif au 2009-04-01	
			Première unité	Unités suivantes
#	A	- Sacs à gravité avec préparation	13,19	6,15
#	B	- Sacs à gravité sans préparation	11,44	6,15
#	C	- Sacs pour pompe avec préparation	17,60	8,80
#	D	- Sacs pour pompe sans préparation	13,19	7,04
#	E	- Cassettes 50 ml avec préparation	13,19	6,15
#	F	- Cassettes 50 ml sans préparation	11,44	6,15
#	G	- Cassettes 100 ml avec préparation	17,60	10,55
#	H	- Cassettes 100 ml sans préparation	14,95	9,69
#	I	- Perfuseur élastométrique avec préparation	17,60	14,06
#	J	- Perfuseur élastométrique sans préparation	12,61	10,26

#	Type	Description	Tarif au 2009-04-01	
			Première unité	Unités suivantes
#	K	- Seringues avec préparation.	6,15	2,64
#	L	sans préparation.	5,28	2,64

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

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

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

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

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

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

2.3.4.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium

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

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4.26 Préparation de solution ophtalmique

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

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

- Inscire le code de service;

- Exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique R
- # Les frais de service sont de 8,44 \$ (7,89 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint).

- Inscire le type de service;

- préparation de solution ophtalmique A

- Inscire le code **DIN** du médicament ou le code **DIN** du médicament le plus dispendieux lorsque plus d'un médicament est utilisé pour la préparation ophtalmique.

- La quantité de médicament correspond au nombre d'unité(s) fournie(s), l'unité étant le nombre de bouteilles fournies et préparées.

- Le montant du médicament correspond à la somme des coûts de chaque médicament et/ou véhicule utilisés de la *Liste de médicaments*. Le montant des fournitures utilisées pour la préparation est inclus dans le tarif par unité et n'a pas à être inclus dans le montant du médicament. Il s'agit notamment des seringues servant à la dilution et au transfert des produits, des bouteilles stériles vides, etc.

- Le montant du service est calculé en additionnant les frais de service et le montant calculé à partir du tarif par unité en tenant compte du nombre d'unités préparées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Principes à respecter :

- Inscrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement;
 - programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence 04
- Inscrire le code de service;
 - prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence 4
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement;
- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie « 4XXXXX » du pharmacien qui fait la prescription;
- Inscrire le numéro de pharmacien instrumentant correspondant au numéro d'inscription à la Régie soit « 4XXXXX », il doit être **identique** au numéro du prescripteur.

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

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

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

- # Le tarif payable est de 5,41 \$ par paquet au 1^{er} avril 2009, peu importe le type de transport, même si le paquet contient plus d'une préparation stérile.

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

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

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

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

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

	Numéro de l'ordonnance correspondant au numéro de l'ordonnance du médicament	Code de service : 8	
#	Nombre de renouvellements : doit correspondre au nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance	Montant du service : 5,41 \$ par paquet	N° pharmacien instrumentant
	N° de prescripteur	Type de prescripteur	

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

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

■ Principes à respecter :**valeur**

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 EO
- De plus, une ordonnance peut être renouvelée pour une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale, ou plus si le format est indivisible, advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession.
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 EB

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

2.3.4.31 Transmission d'un profil

La règle 12 de l'Entente des pharmaciens prévoit une rémunération, lorsque le pharmacien, à la demande d'un professionnel de la santé d'un service d'urgence, constitue et transmet le profil pharmacologique d'une personne assurée.

■ Principes à respecter :**valeur**

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire le code de service;
 - transmission d'un profil 2
- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie;

Note : s'il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière), inscrire les 5 premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom. Dans ce cas, le type de prescripteur devra correspondre à 99.

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

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : 2	Montant du service
N° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur	Type de prescripteur

2.3.5.4 Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée

Le principe général veut que la Régie calcule le montant de la contribution à percevoir de la personne assurée pour une ordonnance de longue durée (durée de traitement supérieure à 31 jours) proportionnellement au nombre de périodes de 31 jours incluses dans la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement.

Si le pharmacien a des raisons de croire que la méthode de calcul est inadéquate pour une ordonnance donnée, il peut communiquer avec la Régie afin de vérifier si une autorisation peut être accordée en vue de modifier exceptionnellement les modalités du calcul de la contribution à prélever.

Sur autorisation préalable de la Régie après appréciation de la situation particulière, une seule contribution mensuelle sera perçue en utilisant le code d'intervention et d'exception approprié.

■ Principes à respecter :

- inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation particulière

- ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie..... DN

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

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

2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement

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

Les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

- la date à laquelle la Régie a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la Régie;
- le numéro de référence émis par la Régie lors de l'autorisation de la demande de paiement. Ce numéro sera imprimé sur le reçu de la personne assurée;
- le traitement donné à la transaction, soit;
 - demande de paiement acceptée telle que transmise;
 - demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service;
 - demande de paiement refusée.
- le code du message d'erreur, s'il y a lieu (5 codes de message d'erreur maximum);
- le texte du message d'erreur, s'il y a lieu (3 lignes de message d'erreur);
- le montant autorisé du médicament ou de la fourniture;
- # - le montant du service professionnel accepté (la réduction découlant de l'application du plafond de 40 500 ordonnances y est déduite, le cas échéant);
- le montant de franchise à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant de coassurance à percevoir auprès de la personne assurée, s'il y a lieu;
- le montant total cumulé des contributions de la personne assurée pour le mois en cours (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant qui reste à payer avant l'atteinte de la contribution maximale pour le mois en cours, s'il y a lieu (inscrit sur la demande acceptée seulement);
- le montant total payé par la Régie pour le service et le médicament ou la fourniture.

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 2.3.4.18 « 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 pour une ordonnance non renouvelable ou un renouvellement dont le nombre est atteint.</p> <p>La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 30 jours; <p>2. Selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente, ce renouvellement d'ordonnance ne peut être exécuté après 90 jours pour un format divisible advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession.</p> <p>La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 90 jours;
#DH	Frais de service ajustés	<p>1. Selon le code de service, si l'écart est de 0,55 \$, 0,90 \$ ou 0,93 \$ (à partir du 1^{er} avril 2009), cela indique que le plafond de 40 500 ordonnances est atteint et que les frais de service sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente).</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 la mesure du patient d'exception, vérifier auprès de la personne assurée à quelle date la demande d'autorisation a été transmise à la Régie.</p> <p>2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.5 « Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie »</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>3. Pour une situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 « Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) »</p> <p>4. Pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>Voir section 2.3.5.3 « 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 2.3.4.29 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 2.3.4.29 de l'onglet Communication interactive.</p>
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	<p>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.</p>
EJ	Date prévue de renouvellement AAAA/MM/JJ	<p>1. Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la Régie a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de calcul de cette date sont définies à la section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement ».</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
EK	Ordonnance de longue durée; XXX jours	<p>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.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>
ES	Service sur appel déjà payé NCE: *****	<p>1. Ce message est conséquent à ce qu'une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturé dans la même journée.</p> <p>Cependant, s'il s'avère qu'un déplacement supplémentaire a été effectué au cours de la même journée, vous devez transmettre cette demande de paiement avec le code d'intervention / exception : FB</p>
FP	Forme pharmaceutique non permise pour ce code de service	<p>1. Lorsque le code de service est N (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique), la forme pharmaceutique du médicament inscrit sur la demande de paiement doit être une forme orale solide.</p>

7. TARIF

7.1 TARIFS ÉTABLIS DANS L'ANNEXE III DE L'ENTENTE

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
	1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance		
« N »	a) Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides)		
	- 38 000 ordonnances et moins (maximum 25,20 \$)	0,28 par jour	
	- plus de 38 000 ordonnances (maximum 23,40 \$)	0,26 par jour	
+	- 40 500 ordonnances et moins (maximum 25,20 \$)		0,28 par jour
+	- plus de 40 500 ordonnances (maximum 23,40 \$)		0,26 par jour
« 0 »	b) pour les autres traitements que ceux en a)		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances	7,74	
+	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet « Communication interactive ».			
+ « G »	b) Ordonnance servie sous la forme d'u pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24 (le tarif est payable par période de 7 jours, en utilisant le pourcentage de 25% du tarif prévu au point 1B de l'annexe III)		
	- 38 000 ordonnances et moins (maximum 24,84 \$)	8,28	8,44
	- plus de 38 000 ordonnances (maximum 23,22 \$)	(2,07)	
	- plus de 38 000 ordonnances (maximum 23,22 \$)	(1,94)	
+	- 40 500 ordonnances et moins (maximum 25,32 \$)		(2,11)
+	- plus de 40 500 ordonnances (maximum 23,67 \$)		(1,97)
« E »	2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
	- 38 000 ordonnances et moins	6,39	
	- plus de 38 000 ordonnances	5,51	
+	- 40 500 ordonnances et moins		6,52
+	- plus de 40 500 ordonnances		5,62

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
+ « 1 »	3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement <u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet « Communication interactive ». <ul style="list-style-type: none"> Ordonnance falsifiée Allergie antérieure au médicament prescrit Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit Interaction cliniquement significative Intolérance antérieure au produit prescrit Choix de produit irrationnel Dose dangereusement élevée Dose sous-thérapeutique Durée de traitement irrationnelle Produit inefficace dans l'indication visée Quantité prescrite irrationnelle Surconsommation Duplication de traitement 	8,28	8,44
+ « 3 »	4) Opinion pharmaceutique <u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ». <ul style="list-style-type: none"> Allergie <ul style="list-style-type: none"> Interrompre la prise d'un médicament prescrit Empêcher la prise d'un médicament prescrit Substituer un médicament prescrit par un autre Calendrier de sevrage <ul style="list-style-type: none"> Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines Contre-indication <ul style="list-style-type: none"> Interrompre la prise d'un médicament prescrit Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement Empêcher la prise d'un médicament prescrit Substituer un médicament prescrit par un autre Duplication <ul style="list-style-type: none"> Interrompre la prise d'un médicament prescrit Modifier le traitement prescrit Empêcher la prise d'un médicament prescrit Effet indésirable ou intolérance observés <ul style="list-style-type: none"> Interrompre la prise d'un médicament prescrit Empêcher la prise d'un médicament prescrit Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit Substituer un médicament prescrit par un autre Inefficacité <ul style="list-style-type: none"> Interrompre la prise d'un médicament prescrit 	18,28	18,65

	Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
Code de service		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue		
Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv)		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Prolonger la durée du traitement prescrit		
Grossesse ou allaitement		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Innocuité		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique		
Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Réduire la durée du traitement prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Interaction		
Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
Substituer un médicament prescrit par un autre		
Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité		
Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables		
Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) <i>iii</i>) de la règle 10		
Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale		

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
+ « 3 »	5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII	18,28	18,65
	AVIS : Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ».		
	Traitement de l'asthme Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de la tuberculose Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des dyslipidémies Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement des maladies cardiaques Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'hypertension artérielle Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement du diabète de type II Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'épilepsie Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Utilisation des psychotropes Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'infection au VIH Inobservance au traitement : surconsommation Inobservance au traitement : sous-consommation		
+ « 2 »	6) Transmission d'un profil	8,28	8,44
	AVIS : Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet « Communication interactive ».		
	7) Aboli		
« M »	8) Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
	- 38 000 ordonnances et moins	13,17	
	- plus de 38 000 ordonnances	12,26	
+	- 40 500 ordonnances et moins		13,43
+	- plus de 40 500 ordonnances		12,50
	AVIS : Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».		

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
« L »	9) Pour l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées, à l'exception des préparations injectables et des solutions ophtalmiques lorsque le mélange est destiné à la voie parentérale ou ophtalmique, le montant payable est la somme du coût des médicaments et de celui fixé pour l'exécution et le renouvellement de l'ordonnance : - 38 000 ordonnances et moins - plus de 38 000 ordonnances	8,28 7,74	
+	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».			
+ « A »	10) Service sur appel Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période. Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération, (ou, quant à ces deux jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâces, le jour de Noël et le 26 décembre. Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués. <u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet « Communication interactive ».	26,59	27,13
+ « P »	11) Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier	16,24	16,56
+	(le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe 3)	(4,06)	(4,14)
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet « Communication interactive »)			
	12) Considération spéciale (C.S.) Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale : a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire; b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif. Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.		

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
+ « F »	13) Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables	2,56	2,61
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2 sous l'onglet « Communication interactive »		
« 0 »	14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :		
	a) pour les sept (7) premiers jours		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances	7,74	
+	- 40 5000 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
	b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu :		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances	7,74	
+	- 40 5000 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet « Communication interactive ».		

Code de service	Tarifs au 2008/04/01		Tarifs au 2009/04/01	
	Tarifs par unité		Tarifs par unité	
	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable
15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance				
« T » a) Thérapies parentérales				
+ - Sacs à gravité				
+ Premier sac	12,94	11,22	13,19	11,44
+ Sacs suivants	6,03	6,03	6,15	6,15
+ - Sacs pour pompe				
+ Premier sac	17,26	12,94	17,60	13,19
+ Sacs suivants	8,63	6,90	8,80	7,04
+ - Cassettes 50 ml				
+ Première cassette	12,94	11,22	13,19	11,44
+ Cassettes suivantes	6,03	6,03	6,15	6,15
+ - Cassettes 100 ml				
+ Première cassette	17,26	14,66	17,60	14,95
+ Cassettes suivantes	10,35	9,50	10,55	9,69
+ - Perfuseur élastométrique				
+ Premier perfuseur	17,26	12,36	17,60	12,61
+ Perfuseurs suivants	13,79	10,06	14,06	10,26
+ - Seringues				
+ Première seringue	6,03	5,18	6,15	5,28
+ Seringues suivantes	2,59	2,59	2,64	2,64

AVIS : 1- Voir la section 2.3.4.24 sous l'onglet « Communication interactive ».

2- Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels dans le cas d'une mise en seringue de chlorure de sodium (Code de service « Q »).

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
« R »	b) Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
+	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
+	- plus de 38 000 ordonnances.	7,74	
+	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances.		7,89
+	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	14,66	14,95

AVIS : Voir la section 2.3.4.26 sous l'onglet « Communication interactive ».

**FABRICATION DE CAPSULES PLACEBO.
NORME AGRÉÉE PAR L'A.Q.P.P.**

« B »	16) Préparation de capsules placebo		
+	1 à 30 capsules	13,17	13,43
+	31 à 60 capsules	18,90	19,28
+	61 à 100 capsules	25,19	25,70
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,23	0,24

AVIS : Les tarifs pour la fabrication de capsules placebo résultent d'une évaluation agréée de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec. Il ne s'agit donc pas d'un acte négocié à l'Entente.

Voir la section 2.3.4.10 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.

« H »	17) Préparation de sachets		
+	1 à 30 sachets	13,17	13,43
+	31 à 60 sachets	18,90	19,28
+	61 à 100 sachets	25,19	25,70
+	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par :	0,23	0,24

AVIS : Voir la section 2.3.4.12 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.

« I »	18) Mise en seringue d'insuline		
+	Moins de 17 seringues.	9,64	9,83
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter:	2,56	2,61
+	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par :	0,59	0,61
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	2,56	2,61

AVIS : Voir la section 2.3.4.13 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.

		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
Code de service			
« U »	19) Préparation de capsules		
+	1 à 30 capsules	13,17	13,43
+	31 à 60 capsules	18,90	19,28
+	61 à 100 capsules	25,19	25,70
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,23	0,24
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.			
« X »	20) Fourniture de chambre d'espace		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances	7,74	
+	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
« Y »	Fourniture de masque.	0,00	0,00
La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espace.			
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.			
« 5 »	21) Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
+	Nombre de services multiplié par.	1,04	1,06
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet « Communication interactive ».			

7.2 CODES DE SERVICES ADMINISTRATIFS

Code de service		Tarifs au 2008/04/01	Tarifs au 2009/04/01
TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 3 DE L'ANNEXE II			
« K »	Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
	- 38 000 ordonnances et moins	8,28	
	- plus de 38 000 ordonnances	7,74	
+	- 40 500 ordonnances et moins		8,44
+	- plus de 40 500 ordonnances		7,89
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet « Communication interactive ».			
TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 27 d) de L'ANNEXE II			
« Q »	Mise en seringue de chlorure de sodium		
+	première unité	5,18	5,28
+	unités suivantes	2,59	2,64
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet « Communication interactive ».			
TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES			
+ « 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	16,66	16,99
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet « Communication interactive »			
« 7 »	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	Coût réel encouru	Coût réel encouru
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.29 sous l'onglet « Communication interactive ». Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la Régie.			
+ « 8 »	Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales.	5,31	5,41
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet « Communication interactive ».			
« S »	Pharmacie désignée, rémunération mensuelle	20,00	20,00
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.17 sous l'onglet « Communication interactive »			

8. MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 MANUELS

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

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

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

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

8.1.1 Liste des manuels dont le pharmacien reçoit une copie gratuitement

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

8.2 FORMULAIRES

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

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

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

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

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

8.2.1 Liste des formulaires disponibles

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Mandat des professionnels de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement	3005
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Demande de révision ou d'explications	1549
Demande de remboursement à la personne assurée (voir onglet « <i>Demande de remboursement</i> », point 3.1)	3621
FORMULAIRE RELATIF À LA COMMUNICATION INTERACTIVE	
Demande d'autorisation de transmettre un relevé d'honoraires ou une demande de paiement au moyen d'un support informatique	3622
AUTRES FORMULAIRES	
Autorisation de paiement par virement automatique	2914
Bon de commande de dépliants	2262