



## MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 30

MARS 2008

**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

- Modifications d'ordre administratif

Page : [1](#)

#### - INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Page : [3](#)

#### - PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [6](#), [7](#), [8](#) et [11](#)

#### - COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modification des tarifs au 1<sup>er</sup> avril 2008

Pages : [14](#), [21](#), [23](#) à 27, [43](#) à 48, [54](#) et [77](#)

- 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25 a été modifié

Page : [54](#)

- Ajout du code KH dans le tableau des messages d'erreur et mesures à prendre

Page : [79](#)

- Modification du code LS dans le tableau des messages d'erreur et mesures à prendre

Page : [81](#)

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [2](#) et [74](#)

- **PAIEMENT**

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [4](#)

- **TARIF**

- Modification des tarifs au 1<sup>er</sup> avril 2008

**Pages :** [1](#) à 10

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 106 / 2007-11-08.

**LÉGENDE**

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

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

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

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 

## OÙ APPELER EN CAS DE BESOIN ?

BESOINS	SERVICES OÙ APPELER
<b>1. Ordinateur - imprimante - modem - logiciels (en pharmacie)</b>	
<p><b>L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leur fonctionnement;</li> <li>• leur utilisation;</li> <li>• les modifications à y apporter;</li> <li>• une communication qui ne peut être établie avec la Régie, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent.</li> </ul>	<p><b>Suivre les instructions de votre fournisseur.</b></p>
<b>2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif</b>	
<p><b>Contribution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance - franchise - plafond).</li> </ul> <p><b>Demande de remboursement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée.</li> </ul> <p><b>Divers problèmes de communication interactive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc).</li> </ul> <p><b>Entente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des explications sur l'Entente.</li> </ul> <p><b>États de compte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des données sur les états de compte.</li> </ul> <p><b>Expertise pharmaceutique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique).</li> </ul> <p><b>Inscription</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments.</li> </ul> <p># <b>Médicaments ou patients d'exception ou Prestataire d'une aide financière de dernier recours</b></p> <p># • 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>	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>en composant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Québec et région : 418 643-9025</li> <li>• Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)</li> </ul> <p>Des préposés répondent de :</p> <p><b>8 h à 18 h, du lundi au vendredi</b></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
<b>2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)</b>	
<p><b>Message d'erreur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la Régie.</li> </ul> <p><b>Numéro d'assurance maladie (NAM)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	
<b>3. Renseignements généraux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Commande de formulaires ou de publications (voir sous l'onglet « Manuels et formulaires »).</li> <li>Demande d'état de compte.</li> <li>Demande de remplacement de chèque.</li> <li>Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la Régie.</li> </ul>	<p>Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens</p> <p>en composant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Québec et région : 418 643-9025</li> <li>Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 888 883-7427 (PHAR)</li> </ul>
<b>4. Consultation ou transmission de document</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmission d'un document par télécopieur ou par courrier électronique au Centre de support aux pharmaciens.</li> <li>Consultation dans Internet des publications et des communiqués de la Régie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numéros du télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418 (sans frais)</li> <li>Adresse du courrier électronique : <b>services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca</b></li> <li>Adresse Internet : <b>http://www.ramq.gouv.qc.ca</b></li> </ul>

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES .....	<b>1</b>
1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ .....	<b>1</b>
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie .....	<b>1</b>
1.1.1.1 Modèles de carte. ....	<b>2</b>
1.1.2 Description du carnet de réclamation .....	<b>4</b>
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments .....	<b>5</b>
1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES. ....	<b>6</b>
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie .....	<b>6</b>
1.2.1.1 Personnes détenant un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides. ....	<b>6</b>
1.2.1.1-A Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments .....	<b>7</b>
1.2.1.1-B Personnes assurées visées par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments. ....	<b>7</b>
1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide .....	<b>7</b>
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 .....	<b>7</b>
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. ....	<b>7</b>
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS .....	<b>7</b>
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose .....	<b>7</b>
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés .....	<b>8</b>
1.2.5 Bénéficiaires du Programme de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. . .	<b>8</b>
1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE .....	<b>8</b>
# 1.3.1 Prestataires d'une aide financière de dernier recours et autres détenteurs d'un carnet de réclamation .....	<b>8</b>
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments .....	<b>10</b>
TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRES DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC .....	<b>11</b>
1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE .....	<b>12</b>
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée. ....	<b>12</b>
1.4.1.1 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est divisible .....	<b>12</b>
1.4.1.2 Ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible. ....	<b>13</b>
1.5 LISTE DES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI PAR RÉGION .....	<b>14</b>
2. COMMUNICATION INTERACTIVE. ....	<b>1</b>
2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS .....	<b>1</b>
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE .....	<b>3</b>
2.2.1 Étapes .....	<b>3</b>
2.2.2 Transactions offertes .....	<b>4</b>

	<i>Page</i>
2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN . . . . .	<b>5</b>
2.3.1 Introduction . . . . .	<b>5</b>
2.3.2 Délai de facturation . . . . .	<b>5</b>
2.3.2.1 Facturation . . . . .	<b>5</b>
2.3.2.2 Correction de la facturation . . . . .	<b>5</b>
2.3.3 Données de facturation - cas régulier . . . . .	<b>5</b>
2.3.3.1 Identification de la personne . . . . .	<b>6</b>
2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel . . . . .	<b>7</b>
2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers . . . . .	<b>12</b>
2.3.4.1 Médicament magistral . . . . .	<b>12</b>
2.3.4.2 Fournitures . . . . .	<b>14</b>
2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement . . . . .	<b>14</b>
2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables . . . . .	<b>15</b>
2.3.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant . . . . .	<b>16</b>
2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement . . . . .	<b>17</b>
2.3.4.5 Opinion pharmaceutique . . . . .	<b>18</b>
2.3.4.6 Service sur appel . . . . .	<b>19</b>
2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie . . . . .	<b>20</b>
2.3.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier . . . . .	<b>21</b>
2.3.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement . . . . .	<b>22</b>
2.3.4.10 Préparation de capsules placebo . . . . .	<b>23</b>
2.3.4.11 Préparation de capsules . . . . .	<b>25</b>
2.3.4.12 Préparation de sachets . . . . .	<b>26</b>
2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline . . . . .	<b>27</b>
2.3.4.14 Pilule du lendemain . . . . .	<b>28</b>
2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS . . . . .	<b>30</b>
2.3.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose . . . . .	<b>32</b>
2.3.4.17 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle . . . . .	<b>34</b>
2.3.4.18 Pharmacien désigné contacté ou non-contacté . . . . .	<b>35</b>
2.3.4.19 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif et/ou anticipé) . . . . .	<b>36</b>
2.3.4.20 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité . . . . .	<b>39</b>
2.3.4.21 Dépassement de la quantité maximale journalière . . . . .	<b>40</b>
2.3.4.22 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$ . . . . .	<b>41</b>
2.3.4.23 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) . . . . .	<b>42</b>
2.3.4.24 Thérapie parentérale . . . . .	<b>43</b>
2.3.4.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium . . . . .	<b>45</b>
2.3.4.26 Préparation de solution ophtalmique . . . . .	<b>46</b>
2.3.4.27 Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence . . . . .	<b>47</b>
2.3.4.28 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	<b>48</b>
2.3.4.29 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques . . . . .	<b>49</b>
2.3.4.30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente . . . . .	<b>51</b>
2.3.4.31 Transmission d'un profil . . . . .	<b>52</b>
2.3.4.32 Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - incription rétroactive . . . . .	<b>53</b>
2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25 . . . . .	<b>54</b>
2.3.4.34 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique . . . . .	<b>55</b>
2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie . . . . .	<b>56</b>
2.3.5.1 Médicament d'exception . . . . .	<b>56</b>
2.3.5.2 Mesure du patient d'exception . . . . .	<b>57</b>
2.3.5.3 Considération spéciale . . . . .	<b>58</b>
2.3.5.4 Modalités différent es du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée . . . . .	<b>59</b>
2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement . . . . .	<b>60</b>
2.4 TRANSACTION D'ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN . . . . .	<b>61</b>
2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER . . . . .	<b>62</b>
2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER . . . . .	<b>63</b>
2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE . . . . .	<b>64</b>

### 1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

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

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

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

## 1.2 CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.2.1.2 Personnes devant présenter une carte d'assurance maladie valide

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

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

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

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

##### *Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Remarque :** Voir les renseignements sous l'onglet « Autres programmes », section 6.5 pour l'entente particulière et sous l'onglet « Communication interactive », section 2.3.4.27 pour les instructions de facturation.

## 1.3 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

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

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

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

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

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

#### 1) LE DÉTENTEUR PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

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

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

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

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

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

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

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

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

# 2 d'une aide financière de dernier recours

3 SRG : Supplément de revenu garanti

## 1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

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

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

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

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

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

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

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

#### Exemple :

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

1<sup>er</sup> 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 \$
<b>Coût total de l'ordonnance</b>			<b>150,00 \$</b>

## 2. COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

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

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

### 2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

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

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

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

#### Centre de support aux pharmaciens

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

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

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

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

#### EXEMPLES DE SITUATIONS

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

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

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

#

<b>Besoins</b>	
•	Le pharmacien a besoin d'une expertise pharmaceutique pour une considération spéciale
	ou
•	expose un problème relatif à un cas de « patients/médicaments d'exception (PME) » ou de « prestataires d'une aide financière de dernier recours » soumis au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments.

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

<b>Besoins</b>	
•	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

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

D) Formulaires, publications et autres

<b>Besoins</b>	
•	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 : <b>L</b> ou <b>M</b>	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<sup>er</sup> avril 2008 a été établi à 8,28 \$ pour 38 000 ordonnances et moins et à 7,74 \$ pour plus de 38 000 ordonnances.

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

**2.3.4.8 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 <sup>er</sup> avril 2008
#	Entre 1 et 7 jours	4,06 \$
#	Entre 8 et 14 jours	8,12 \$
#	Entre 15 et 21 jours	12,18 \$
#	Entre 22 et 28 jours	16,24 \$

**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 : <b>P</b>	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 <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> 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 : <b>CV</b>
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 :

#		<b>2008-04-01</b>	
#	1 à 30 capsules	=	13,17 \$
#	31 à 60 capsules	=	18,90 \$
#	61 à 100 capsules	=	25,19 \$
#	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,23 \$ par capsule

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>B</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 :

#			<b>2008-04-01</b>	
#	1 à 30 capsules	=		13,17 \$
#	31 à 60 capsules	=		18,90 \$
#	61 à 100 capsules	=		25,19 \$
#	plus de 100 capsules	=		nombre de capsules multiplié par 0,23 \$ par capsule

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>B</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 :

#		<b>2008-04-01</b>	
#	1 à 30 capsules	=	13,17 \$
#	31 à 60 capsules	=	18,90 \$
#	61 à 100 capsules	=	25,19 \$
	Plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,23 \$ par capsule.

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>U</b>	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 :

#			<b>2008-04-01</b>
#	1 à 30 sachets	=	13,17 \$
#	31 à 60 sachets	=	18,90 \$
#	61 à 100 sachets	=	25,19 \$
	Plus de 100 sachets	=	nombre de sachets multiplié par 0,23 \$ par sachet.

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>H</b>	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<sup>er</sup> avril 2008 est calculé en fonction du nombre de seringues préparées soit :

#       Moins de 17 seringues       =     9,64 \$

#       17 seringues et plus        =     nombre de seringues multiplié par 0,59 \$ par seringue.

#       **Un montant de 2,56 \$ 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 <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> 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 : <b>O</b>	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.

## 2.3.4.24 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 8,28 \$ (7,74 \$ 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 2008-04-01	
			Première unité	Unités suivantes
#	A	- Sacs à gravité avec préparation .....	12,94	6,03
#	B	- Sacs à gravité sans préparation .....	11,22	6,03
#	C	- Sacs pour pompe avec préparation .....	17,26	8,63
#	D	- Sacs pour pompe sans préparation .....	12,94	6,90
#	E	- Cassettes 50 ml avec préparation .....	12,94	6,03
#	F	- Cassettes 50 ml sans préparation .....	11,22	6,03
#	G	- Cassettes 100 ml avec préparation .....	17,26	10,35
#	H	- Cassettes 100 ml sans préparation .....	14,66	9,50
#	I	- Perfuseur élastométrique avec préparation .....	17,26	13,79
#	J	- Perfuseur élastométrique sans préparation .....	12,36	10,06

#	Type	Description	Tarif au 2008-04-01	
			Première unité	Unités suivantes
#	K	- Seringues avec préparation. ....	6,03	2,59
#	L	sans préparation. ....	5,18	2,59

**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<sup>er</sup> avril 2008 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
	8,28 \$		+ 12,94 \$		+ (9 x 6,03 \$)		= 75,49\$

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>T</b>	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 <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

**2.3.4.25 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium**

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

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

■ **Principes à respecter :**

*valeur*

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

#	Tarif au 2008-04-01		
	Type	Description	Unités
#	A	Mise en seringue	5,18 \$ / 2,59 \$

Exemple : Le montant du service autorisé au 1<sup>er</sup> avril 2008 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

#	Tarif de la première unité	+ (9 x tarif des unités suivantes)	= Montant total autorisé
#	5,18 \$	+ (9 x 2,59 \$)	= 28,49 \$

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>Q</b>	Code <b>DIN</b> 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 : <b>A</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du chlorure de sodium injectable et des seringues remplies et fournies	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

## 2.3.4.26 Préparation de solution ophtalmique

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

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

- Inscire le code de service;

- Exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique ..... R
- # Les frais de service sont de 8,28 \$ (7,74 \$ 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 2008-04-01
#	<b>Type</b>	par unité
#	A	Préparation ophtalmique
#		14,66 \$

# Exemple : Le montant du service autorisé au 1<sup>er</sup> avril 2008 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
#	8,28 \$	+	(1	x	14,66 \$)	=	22,94 \$

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>R</b>	Code <b>DIN</b> 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 : <b>A</b>	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant
N <sup>o</sup> 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 (16,66 \$ à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008), 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 : <b>4</b>	Code de programme : <b>04</b>
Montant du service	N <sup>o</sup> pharmacien instrumentant	N <sup>o</sup> 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 **5,31 \$ par paquet** au 1<sup>er</sup> avril 2008, 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 : <b>8</b>	
#	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 : <b>5,31 \$ par paquet</b>	N° pharmacien instrumentant
	N° de prescripteur	Type de prescripteur	

**2.3.4.32 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive**

La règle 28 de l'Entente prévoit une rémunération lorsqu'un pharmacien demande une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime public d'assurance médicaments pour des services qu'il a fournis au-delà d'une période de 99 jours selon le tarif prévu au point 21 de l'Annexe III de l'Entente lorsqu'il transmet la réclamation de façon interactive ou en complétant le formulaire n° 3621 prévu à cette fin.

**■ Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);
- Inscrire le code de service;
  - transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive. . . . . 5
- Inscrire le nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours pour l'ensemble du dossier pour un lot de demandes facturées;
 

Note : ce nombre doit paraître au champ *Quantité* de la demande de paiement;
- Inscrire le numéro du prescripteur d'une des demandes de paiement facturées rétroactivement;
- Aucun DIN ne doit être présent sur la demande de paiement.

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>5</b>	Quantité : nombre de services facturés rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours
Montant du service	N° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur
Type de prescripteur		

## # 2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25

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

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

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : <b>G</b>	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Type de sélection
Format d'acquisition	Source d'approvisionnement	Quantité de médicaments
#	Durée de traitement selon le nombre de piluliers servis	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
#	Montant du médicament	Montant du service jusqu'au maximum permis
	N° de prescripteur	Type de prescripteur
		Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
A1	Demande de paiement trop ancienne	Vérifier si le délai de soumission de 100 jours est dépassé. Pour être acceptée en communication interactive, la date de service doit se situer dans l'intervalle « date du jour moins (-) 99 jours » Ex. : date du jour = 070701 moins (-) 99 jours = 070324; l'intervalle des dates de service acceptables = AA0324 au 070701.
A2	Demande de paiement supérieure date du jour	1. S'assurer que la <b>date de service</b> est antérieure à la date du jour ou y correspond.
A3	Service déjà payé NCE : *****	<p>1. Vérifier si le <b>même médicament</b> (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 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ».</p> <p>3. Le <b>même médicament</b>, (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 (<b>code de service = S</b>) 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> <p>5. S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission d'un profil, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance.</p> <p>6. S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission de demandes à la suite d'une dérogation, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance.</p> <p>7. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée.</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"> <li>- numéro de pharmacie;</li> <li>- date de service;</li> <li>- numéro de l'ordonnance;</li> <li>- numéro de contrôle externe (NCE);</li> <li>- date de transaction.</li> </ul>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
A9	Demande de paiement déjà annulée	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- numéro de pharmacie;</li> <li>- date de service;</li> <li>- numéro de l'ordonnance;</li> <li>- numéro de contrôle externe (NCE);</li> <li>- date de transaction.</li> </ul> </li> </ol>
B1	Pharmacie non admissible	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier si le <b>numéro de pharmacie</b> est bien inscrit sur la demande de paiement.</li> <li>2. S'assurer que le <b>numéro de pharmacie</b> est valide à la date de service.</li> </ol>
C6	Personne non assurée	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une MTS ou de la tuberculose, inscrire un des codes de programme suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K;</li> <li>- traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L</li> <li>- traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K;</li> <li>- traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L.</li> </ul> <p>Voir section 2.3.4.15 - Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ou section 2.3.4.16 - Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose.</p> </li> <li>2. La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la Régie et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).</li> </ol>
C8	Personne non admissible	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vérifier <b>la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM)</b> sur la demande de paiement avec la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité.</li> <li>2. S'il s'agit d'un détenteur d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, s'assurer qu'un des codes d'intervention/exception suivants est inscrit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA »</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».</li> </ul> </li> </ol>
#C9	Personne non couverte par ass. méd.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il s'agit d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » et dont la carte d'assurance maladie n'est pas valide. C'est un revendicateur du statut de réfugié. Il est couvert par le gouvernement fédéral (Programme de santé intérimaire).</li> <li>2. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.</li> </ol>

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"> <li>- date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 30 jours;</li> </ul> <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"> <li>- date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 90 jours;</li> </ul>
#DH	Frais de service ajustés	<p>1. Selon le code de service, si l'écart est de 0,54 \$, 0,86 \$ ou 0,89 \$ (à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008), cela indique que le plafond de 38 000 ordonnances est atteint et que les <b>frais de service</b> sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente).</p> <p>2. Après <b>vérification des tarifs</b> (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 <b>vérification du calcul du coût du médicament</b>, 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. 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 2.3.5 « 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 <b>erreur d'inscription du ou des codes d'intervention/exception</b> 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 <b>calcul de cette date</b> 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 <b>ordonnance de longue durée</b> 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 <b>code de service est N</b> (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>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
HF	Autorisation prendra fin le AAAA/MM/JJ	<p>1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la <b>date de fin de l'autorisation</b> 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.</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p> <p>2. Il s'agit d'un médicament d'exception (groupe bénéfice = 41) transmis avec un code d'indication reconnue à période limitée et illimitée, l'écart entre la date de service et la date de fin du code d'indication reconnue est <math>\leq 60</math> jours.</p>
KF	Quantité autorisée dépassée	<p>1. Ce message paraît pour la mesure du patient d'exception ou pour un médicament d'exception. La quantité de médicaments inscrite sur la demande de paiement additionnée aux quantités déjà payées ne doit pas dépasser la <b>quantité totale autorisée</b> par la Régie et mentionnée sur la lettre d'autorisation transmise à la personne assurée.</p>
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 <b>nombre de renouvellements</b> 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 2.3.4.7 « Initiation d'une pharmacothérapie ».</p> <p>2. Pour modifier le <b>nombre de renouvellements</b> 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 2.3.4.20 « Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité ».</p>
#KH	Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP)	<p>1. Le médicament délivré est soumis au prix maximum payable (PMP). Le montant excédentaire non assuré par la Régie doit être payé par la personne assurée puisqu'elle appartient à la clientèle non vulnérable (personne soumise à une contribution).</p> <p>NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 <b>date de fin de validité</b>, car la date de service doit être antérieure à la <b>date de fin de validité</b> sauf s'il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Entente. Pour cette situation, le code d'intervention ou d'exception EO ou EB doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.30 Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente.</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 2.3.4.20 « 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 <b>code de preuve temporaire d'admissibilité</b> dans le même mois.</p> <p>Vérifier la situation de la personne à savoir :</p> <p style="padding-left: 40px;">preuve d'admissibilité comme <b>PAE</b> adulte (code <b>MA</b>)</p> <p style="padding-left: 40px;">preuve d'admissibilité comme <b>PAE</b> à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code <b>MB</b>)</p> <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'une aide financière de dernier recours 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>
KP	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	<p>1. Si la justification du <b>renouvellement hâtif</b> fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention/exception pertinent à la situation.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif) ».</p> <p>2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.</p>
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	<p>1. Le <b>code d'intervention/exception</b> « 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 ».</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
LS	Durée de traitement admissible XXX jours	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La <b>durée de traitement</b> totale au cours d'une période de 12 mois consécutifs pour un traitement antitabagique pour l'ensemble des pharmacies, ne doit pas dépasser 84 jours. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.</li> <li>2. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas la période maximale permise (établie à 90 jours) de plus de 30 jours (code d'intervention ou d'exception EB).</li> </ol>
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas 30 jours, sauf pour les codes de services P et G, où plus d'un renouvellement est permis, en autant que la durée totale des traitements n'excède pas 30 jours (code d'intervention ou d'exception EO).</li> </ol>
#		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour ce médicament (LISTEMED 93).</li> </ol>
LT	Période permise dépassée NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une <b>période</b> 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.</li> <li>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<sup>er</sup> 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.</li> </ol>
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une <b>période</b> 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.</li> <li>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<sup>er</sup> 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.</li> </ol>
LV	Quantité maximum dépassée, payable : ***	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La <b>quantité</b> de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique au cours d'une période de 12 mois consécutifs est de 840 gommes, pour l'ensemble des pharmacies. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de gommes résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.</li> </ol>
LY	Aucun méd. permis pour ce code de service	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En présence des <b>codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A, S</b>, aucun DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans DIN ou vérifier le code de service.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
MY	Service déjà payé autre pharmacie NCE : *****	<p>1. Si la justification fournie par la personne assurée pour un <b>deuxième service</b> la même journée pour un médicament déjà reçu est satisfaisante, inscrire un code d'intervention/exception expliquant la raison.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 « Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif) ».</p> <p>2. <b>Le même médicament</b> (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"> <li>• s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la <b>quantité maximale</b> journalière, inscrire le code d'intervention/exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » « MQ ». Voir section 2.3.4.21 « Dépassement de la quantité maximale journalière »;</li> <li>• s'il s'agit de la facturation d'un format complet d'un contraceptif pour la pilule du lendemain, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pilule du lendemain » « PL ». Voir section 2.3.4.14 « Pilule du lendemain »;</li> <li>• s'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention/exception correspondant « pré-autorisation téléphonique a été obtenue de la Régie » « CS ». Voir section 2.3.5.3 « Considération spéciale ».</li> </ul> <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 <b>type de sélection</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si le choix du prescripteur est de ne pas substituer, vérifier si la <b>nature et l'expression de l'ordonnance</b> inscrite sur la demande de paiement indique qu'il s'agit d'une nouvelle ordonnance <b>écrite</b> ou du renouvellement d'une ordonnance <b>écrite</b>.</li> </ul> <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 <b>Liste de médicaments</b> s'il s'agit d'un médicament de <b>format indivisible</b>.</p> <p>Si oui, inscrire exactement la <b>quantité</b> 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>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NI	Un seul code de service est permis	1. S'assurer qu'un seul <b>code de service</b> est transmis en tout temps.
NK	Service requiert un type de service	1. Vérifier si le <b>code de service</b> correspond à la préparation d'un médicament magistral, d'une thérapie parentérale, d'une mise en seringue de solution de chlorure de sodium ou à la préparation d'une solution ophtalmique.  Si oui, le <b>type de service</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.4.1 « Médicament magistral », 2.3.4.24 « Thérapie parentérale », 2.3.4.25 « Mise en seringue de solution de chlorure de sodium » ou 2.3.4.26 « Préparation de solution ophtalmique »).
NM	Service et classe de produit incompatibles	1. Vérifier si le <b>code de service</b> correspond à une ordonnance de supplément diététique. Si oui, le <b>code DIN</b> 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.  2. Vérifier si le <b>code de service</b> correspond à la fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables, à la fourniture d'une chambre d'espacement ou à la fourniture de masque. Si oui, le <b>code DIN</b> 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 ».  3. Vérifier si le <b>code de service</b> correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le <b>code DIN</b> inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHF 68:20:08 de la <i>Liste de médicaments</i> .
NN	Service et code d'intervention incompatibles	1. Vérifier si le <b>code de service</b> 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 <b>codes d'intervention/exception</b> prévus à cette fin.  Voir sections 2.3.4.4 « Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement » ou 2.3.4.5 « Opinion pharmaceutique ».  2. Vérifier si le <b>code de service</b> est pour un pharmacien désigné - rémunération mensuelle. Si oui, s'assurer que le <b>code d'intervention/exception</b> correspondant à « pharmacie désignée contactée ou non : UI » n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.  Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».  3. Vérifier si le code de service est pour un frais de transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques. Si oui, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence. Voir section 2.3.4.29 de l'onglet Communication interactive.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NO	Service requiert personne sous surveillance	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si le <b>code de service</b> est celui requis pour la rémunération mensuelle d'un pharmacien désigné. Si oui, s'assurer que le <b>code d'intervention/exception</b> 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.</li> <li>Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.  Voir section 2.3.4.18 « Pharmacien désigné contacté ou non contacté ».</li> </ol>
NP	Service non valide personne sous surveillance	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 <b>code de service</b> 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.</li> </ol>
NQ	Médicament non permis en pharmacothérapie initiale	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Il doit faire partie de l'Annexe VI de l'Entente.</li> </ol>
NR	Médicament non permis en pilulier	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement n'est pas payable lorsqu'il est facturé en pilulier en raison de sa forme pharmaceutique.</li> </ol>
NT	Pharmacothérapie initiale non permise NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement et facturé en pharmacothérapie initiale (code d'intervention/exception = MT), a déjà été payé pour cette personne assurée au cours des 24 derniers mois. Voir le deuxième alinéa de la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</li> </ol>
OP	Service précédent servi en pilulier NCE*****	<ol style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 7 jours, facturée avec des honoraires réguliers (code de service O), pour laquelle on retrouve dans les 30 derniers jours, le même médicament facturé en pilulier (code de service P). S'il s'agit d'un médicament fourni sous la forme d'un pilulier, annuler cette demande de paiement et transmettre une nouvelle demande de paiement avec le code de service P. Sinon, veuillez ignorer ce message. Remarque : ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.</li> </ol>
OV	Ordonnance verbale non permise	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>, au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i>, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.</li> </ol>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
OW	Renouvellement verbal non permis	1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> , au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i> , le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.
PA	Médicament non permis pour le type de prescripteur	1. Le <b>médicament</b> inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
PC	Service non permis pour ce prescripteur	1. La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence n'est pas permise pour ce prescripteur. Vérifier l'admissibilité de ce prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
QG	Médicament inadmissible à ce programme	1. Vérifier s'il s'agit bien d'un <b>médicament visé par les programmes « MTS »</b> ou <b>« Tuberculose »</b> inscrit à l'Addendum de la <i>Liste de médicaments</i> .
QH	Coût du produit calculé est trop élevé	1. Le coût du médicament ou le montant total (coût du médicament + frais de service) calculé par le système est supérieur à 9 999,99 \$. Vérifier le <b>code DIN</b> , le <b>format d'acquisition</b> et la <b>quantité</b> du médicament.
RM	Maximum quotidien dépassé NCE : *****	1. Le message contient, à titre informatif, le NCE correspondant à l'opinion pharmaceutique déjà payée à votre pharmacie par la Régie, le jour même, pour la même personne assurée.
RN	Maximum annuel dépassé NCE : ***** ,*****	1. Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions sur l'inobservance (de même type) déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.



#### 4.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

##### 4.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM : Le nom du pharmacien ou de la société de pharmaciens.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Le numéro d'inscription de la pharmacie, du pharmacien ou de la société de pharmaciens visés à l'Entente.
3. NUMÉRO DU GROUPE : Cette case n'est pas utilisée dans le cas des pharmaciens.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE : Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date est la même que celle du chèque et correspond à celle du paiement. Le dépôt direct est effectué à la première heure du 2<sup>e</sup> jour suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU : La date, suivie de la lettre « I » pour communication interactive, a trait à la date limite d'autorisation des demandes de paiement soumises par communication interactive. Les demandes de paiement autorisées à la Régie jusqu'à cette date limite figurent sur l'état de compte.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro indique le numéro de la semaine de paiement et peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le pharmacien ou la société de pharmaciens.

##### 4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. DEMANDE : Numéros de contrôle des demandes de paiement. Les 4 derniers chiffres seulement sont inscrits. Cependant, l'ordre d'impression sur l'état de compte se fait par les 6 chiffres. Par exemple, le numéro 100001 pourra figurer à la fin de l'état de compte avec le numéro 0001.
- 2a. DATE : **Date de service inscrite sur la demande de paiement.** Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : 30 juillet 2007 = 070730 i.e. 07 pour les deux derniers caractères de l'année, 07 pour juillet et 30 pour le quantième.
- 3a. ACTE ou P : Rien n'est inscrit dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom, le cas échéant.
- 5a. CODE : Numéros correspondant à la nature de la transaction (TRA) et à un message approprié (EXPL). Voir 4.3.4.
- 6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de l'annulation. Voir 4.3.3.

#### 4.3.1.3 Sommaire

Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale, s'il y a lieu;
- montant de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net ou solde à reporter, selon le cas.

#### 4.3.1.4 Avis de remboursement à la personne assurée

- # Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie le remboursement du montant que le pharmacien lui a réclamé, parce qu'elle n'a pu fournir la preuve (carte d'assurance maladie) de son inscription à la Régie ou le carnet de réclamation (prestataire d'une aide financière de dernier recours).

Elle comporte une énumération des demandes de remboursement traitées. Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les mêmes que ceux décrits à 4.3.1.2.

#### 4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir 4).

#### 4.3.3 Règlement des demandes de paiement

##### 4.3.3.1 Demande de paiement autorisée

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie correspond à celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

Dans le cas où le montant **payé** par la Régie est **différent** de celui **demandé** par le pharmacien : la demande de paiement figure à l'état de compte avec le code de transaction « **TRA** » **02**.

##### 4.3.3.2 Demande de paiement annulée

Dans le cas d'une demande d'annulation faite par le pharmacien, le montant récupéré par la Régie est indiqué à l'état de compte avec le code de transaction « **TRA** » **21**.

##### 4.3.3.3 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée

Le pharmacien qui désire modifier une demande de paiement déjà payée doit l'annuler et, s'il y a lieu, en soumettre une nouvelle.

Voir procédures sous l'onglet : « Communication interactive », section 2.4.

##### 4.3.3.4 Délai pour demander l'annulation

Pour les modalités d'application en communication interactive, voir la section 2.4 sous l'onglet « Communication interactive ».

##### 4.3.3.5 Délai pour demander une révision

Le pharmacien peut contester une demande de paiement autorisée en effectuant une demande de révision selon les modalités établies par la Régie.

Le délai pour demander une révision est de **90 jours**; il court à partir de la date d'autorisation de la demande de paiement visée.

## 7. TARIF

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

Code de service		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
	<b>1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance</b>		
« N »	<b>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)</b>		
+	- 36 500 ordonnances et moins (maximum 24,30 \$) .....	0,27 par jour	
+	- plus de 36 500 ordonnances (maximum 22,50 \$) .....	0,25 par jour	
+	- 38 000 ordonnances et moins (maximum 25,20 \$) .....		0,28 par jour
+	- plus de 38 000 ordonnances (maximum 23,40 \$) .....		0,26 par jour
« 0 »	<b>b) pour les autres traitements que ceux en a)</b>		
+	- 36 500 ordonnances et moins .....	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances .....	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins .....		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances .....		7,74
	<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet « Communication interactive ».</b>		
+ « G »	<b>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)</b>		
		8,12	8,28
+	- 36 500 ordonnances et moins .....	(2,03)	
+	- plus de 36 500 ordonnances .....	(1,90)	
+	- 38 000 ordonnances et moins (maximum 24,84 \$) .....		(2,07)
+	- plus de 38 000 ordonnances (maximum 23,22 \$) .....		(1,94)
« E »	<b>2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :</b>		
+	- 36 500 ordonnances et moins .....	6,26	
+	- plus de 36 500 ordonnances .....	5,40	
+	- 38 000 ordonnances et moins .....		6,39
+	- plus de 38 000 ordonnances .....		5,51

Code de service		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
+ « 1 »	<b>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</b> ..... <u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet « Communication interactive ». <ul style="list-style-type: none"> <li>Ordonnance falsifiée</li> <li>Allergie antérieure au médicament prescrit</li> <li>Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit</li> <li>Interaction cliniquement significative</li> <li>Intolérance antérieure au produit prescrit</li> <li>Choix de produit irrationnel</li> <li>Dose dangereusement élevée</li> <li>Dose sous-thérapeutique</li> <li>Durée de traitement irrationnelle</li> <li>Produit inefficace dans l'indication visée</li> <li>Quantité prescrite irrationnelle</li> <li>Surconsommation</li> <li>Duplication de traitement</li> </ul>	8,12	8,28
+ « 3 »	<b>4) Opinion pharmaceutique</b> ..... <u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet « Communication interactive ». <ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie               <ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompre la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Empêcher la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Substituer un médicament prescrit par un autre</li> </ul> </li> <li>Calendrier de sevrage               <ul style="list-style-type: none"> <li>Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines</li> </ul> </li> <li>Contre-indication               <ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompre la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement</li> <li>Empêcher la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Substituer un médicament prescrit par un autre</li> </ul> </li> <li>Duplication               <ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompre la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Modifier le traitement prescrit</li> <li>Empêcher la prise d'un médicament prescrit</li> </ul> </li> <li>Effet indésirable ou intolérance observés               <ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompre la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Empêcher la prise d'un médicament prescrit</li> <li>Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit</li> <li>Substituer un médicament prescrit par un autre</li> </ul> </li> <li>Inefficacité               <ul style="list-style-type: none"> <li>Interrompre la prise d'un médicament prescrit</li> </ul> </li> </ul>	17,93	18,28

	Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
<b>Code de service</b>		
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 <i>c) iv)</i>		
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 <i>c) iii)</i> de la règle 10		
Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale		

Code de service		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
+ « 3 »	<b>5)</b> Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII .....	17,93	18,28
	<b><u>AVIS :</u></b> 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 »	<b>6)</b> Transmission d'un profil .....	8,12	8,28
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.31 sous l'onglet « Communication interactive ».		
	<b>7)</b> Aboli .....		
« M »	<b>8)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
+	- 36 500 ordonnances et moins .....	12,91	
+	- plus de 36 500 ordonnances .....	12,02	
+	- 38 000 ordonnances et moins .....		13,17
+	- plus de 38 000 ordonnances .....		12,26
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».		

Code de service		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
« L »	<b>9)</b> 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 :		
+	- 35 600 ordonnances et moins .....	8,12	
+	- plus de 35 600 ordonnances .....	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins .....		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances .....		7,74
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet « Communication interactive ».		
+ « A »	<b>10)</b> Service sur appel .....	26,07	26,59
	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 Grâce, 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.		
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet « Communication interactive ».		
+ « P »	<b>11)</b> Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier .....	15,92	16,24
+	(le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe 3)	(3,98)	(4,06)
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet « Communication interactive » )		
	<b>12)</b> Considération spéciale (C.S.)		
	Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :		
	<b>a)</b> lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;		
	<b>b)</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 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
+ « F »	<b>13)</b> Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables . . . . .	2,51	2,56
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.2 sous l'onglet « Communication interactive »		
« 0 »	<b>14)</b> Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :		
	<b>a)</b> pour les sept (7) premiers jours		
+	- 36 500 ordonnances et moins . . . . .	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances . . . . .	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins . . . . .		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances . . . . .		7,74
	<b>b)</b> pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu :		
+	- 36 500 ordonnances et moins . . . . .	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances . . . . .	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins . . . . .		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances . . . . .		7,74
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet « Communication interactive ».		

Code de service	Tarifs au 2007/04/01		Tarifs au 2008/04/01	
	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 . . . . .	12,68	11,00	12,94	11,22
+ Sacs suivants . . . . .	5,91	5,91	6,03	6,03
+ - Sacs pour pompe				
+ Premier sac . . . . .	16,92	12,68	17,26	12,94
+ Sacs suivants . . . . .	8,46	6,76	8,63	6,90
+ - Cassettes 50 ml				
+ Première cassette . . . . .	12,68	11,00	12,94	11,22
+ Cassettes suivantes . . . . .	5,91	5,91	6,03	6,03
+ - Cassettes 100 ml				
+ Première cassette . . . . .	16,92	14,37	17,26	14,66
+ Cassettes suivantes . . . . .	10,14	9,31	10,35	9,50
+ - Perfuseur élastométrique				
+ Premier perfuseur . . . . .	16,92	12,12	17,26	12,36
+ Perfuseurs suivants . . . . .	13,51	9,86	13,79	10,06
+ - Seringues				
+ Première seringue . . . . .	5,91	5,08	6,03	5,18
+ Seringues suivantes . . . . .	2,54	2,54	2,59	2,59

**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 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
« R »	<b>b) Préparations ophtalmiques (tarif de base)</b>		
+	- 36 500 ordonnances et moins . . . . .	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances. . . . .	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins . . . . .		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances. . . . .		7,74
+	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées . . . . .	14,37	14,66

**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 »	<b>16) Préparation de capsules placebo</b>		
+	1 à 30 capsules . . . . .	12,91	13,17
+	31 à 60 capsules . . . . .	18,53	18,90
+	61 à 100 capsules . . . . .	24,70	25,19
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : . . . . .	0,23	0,23

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

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

« H »	<b>17) Préparation de sachets</b>		
+	1 à 30 sachets . . . . .	12,91	13,17
+	31 à 60 sachets . . . . .	18,53	18,90
+	61 à 100 sachets . . . . .	24,70	25,19
+	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par : . . . . .	0,23	0,23

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

« I »	<b>18) Mise en seringue d'insuline</b>		
+	Moins de 17 seringues. . . . .	9,45	9,64
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter: . . . . .	2,51	2,56
+	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : . . . . .	0,58	0,59
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter : . . . . .	2,51	2,56

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

		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
<b>Code de service</b>			
« U »	<b>19)</b> Préparation de capsules		
+	1 à 30 capsules . . . . .	12,91	13,17
+	31 à 60 capsules . . . . .	18,53	18,90
+	61 à 100 capsules . . . . .	24,70	25,19
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par : . . . . .	0,23	0,23
<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.</b>			
« X »	<b>20)</b> Fourniture de chambre d'espace		
+	- 36 500 ordonnances et moins . . . . .	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances . . . . .	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins . . . . .		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances . . . . .		7,74
« Y »	Fourniture de masque. . . . .	0,00	0,00
La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espace.			
<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet « Communication interactive » pour le calcul des honoraires professionnels.</b>			
« 5 »	<b>21)</b> Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
+	Nombre de services multiplié par. . . . .	1,02	1,04
<b><u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet « Communication interactive ».</b>			

## 7.2 CODES DE SERVICES ADMINISTRATIFS

Code de service		Tarifs au 2007/04/01	Tarifs au 2008/04/01
<i>TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 3 DE L'ANNEXE II</i>			
« K »	Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
+	- 36 500 ordonnances et moins . . . . .	8,12	
+	- plus de 36 500 ordonnances . . . . .	7,58	
+	- 38 000 ordonnances et moins . . . . .		8,28
+	- plus de 38 000 ordonnances . . . . .		7,74
<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet « Communication interactive ».			
<i>TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 27 d) de L'ANNEXE II</i>			
« Q »	Mise en seringue de chlorure de sodium		
+	première unité	5,08	5,18
+	unités suivantes	2,54	2,59
<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet « Communication interactive ».			
<i>TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES</i>			
+ « 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	16,33	16,66
<b><u>AVIS :</u></b> 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
<b><u>AVIS :</u></b> 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. . . . .	5,20	5,31
<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet « Communication interactive ».			
« S »	Pharmacie désignée, rémunération mensuelle . . . . .	20,00	20,00
<b><u>AVIS :</u></b> Voir la section 2.3.4.17 sous l'onglet « Communication interactive »			