



MANUEL DES PHARMACIENS

MISE À JOUR : 35

JUILLET 2014

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

- INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Page : [1](#)

- PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [2](#) et [3](#), [11](#) à 13

- COMMUNICATION INTERACTIVE

- Modifications des tarifs

Pages : [12](#), [14](#) à 21, [23](#) à 29, [45](#) à 47, [49](#), [51](#), [52](#), [56](#) à 61

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [6](#), [21](#), [23](#) à 26, [32](#), [45](#) à 47, [49](#), [52](#), [74](#), [75](#), [81](#), [85](#), [86](#), [88](#) et [97](#)

- TARIF

- Modification des tarifs au 1^{er} avril 2014

Pages : [1](#), [2](#), [4](#) à 10

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) à 10

- MANUEL ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [1](#)

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 276 / 2014-01-31, 341 / 2014-03-28.*

LÉGENDE

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

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels



INTRODUCTION

Le Manuel des pharmaciens vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'Entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Il traite aussi de l'admissibilité des personnes, des modalités de la communication interactive, de la demande de remboursement à la personne assurée, des renseignements relatifs au paiement et les services professionnels et pharmaceutiques.

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

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

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

#

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre de support aux pharmaciens), veuillez consulter les coordonnées à la page suivante.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

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

Par télécopieur :

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

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

Tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'entente.

NOTE : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

1. PERSONNES ASSURÉES

Pour savoir s'il peut facturer le coût d'une ordonnance à la Régie dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, le pharmacien doit demander les renseignements suivants à son client :

A) S'agit-il d'une des quatre situations suivantes?

- service pharmaceutique couvert par la CSST?
- service pharmaceutique couvert par la SAAQ?
- service pharmaceutique pour un autochtone?
- service pharmaceutique pour une personne hospitalisée ou hébergée dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) public ou privé conventionné?

Si oui, la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.

Si non, passer à B).

B) Le client détient-il un contrat d'assurance collective de base ou un régime d'avantages sociaux de base?

Si oui, la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.

Si non, passer à C).

C) Le client détient-il un carnet de réclamation valide ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide?

Si oui, le carnet de réclamation porte-t-il la mention « **Carte assurance maladie requise** » (il s'agit de certains revendicateurs du statut de réfugié)?

- **Si oui**, vérifier la validité de la carte d'assurance maladie
 - valide : remplir une demande de paiement et transmettre en mode interactif à la Régie;
 - non valide : la Régie ne paie pas le coût de l'ordonnance.
- **Si non**, remplir une demande de paiement et la transmettre en mode interactif à la Régie.

Si le client n'a pas de carnet, ni preuve temporaire d'admissibilité, passer à D).

D) Le client est-il inscrit à la Régie?

Si oui, remplir une demande de paiement et transmettre en mode interactif à la Régie.

Si non, voir la section 1.3.2-2)

1.1 CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CARNET DE RÉCLAMATION ET PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Pour recevoir des services pharmaceutiques assurés par la Régie, toute personne admissible au régime public d'assurance médicaments du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie et/ou un carnet de réclamation **valides** ou encore une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Prénom usuel et nom de famille à la naissance;
3. Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
4. Date d'expiration de la carte;
5. Date de naissance et le sexe;
6. Photographie/signature;
7. Hologramme.

1.1.1.1 Modèles de carte

Différents modèles de carte (avec hologramme) peuvent être présentés. Il est important de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

Depuis le 9 décembre 2013, de nouvelles normes pour la prise de photo sont en vigueur pour les cartes avec photo.

a) AVEC photo et signature



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) SANS photo et SANS signature



Cette carte est émise dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour une raison d'ordre médical.

c) SANS photo, AVEC signature



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

d) AVEC photo, SANS signature



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

1.1.2 Description du carnet de réclamation

Carnet de réclamation

Volet gauche

1. Numéro de dossier

2. Nom du ou de la prestataire

3. Validé

4. Message

6. Si non, chez le pharmacien désigné ci-dessous.

Volet droit

7. Soins dentaires couverts

8. Référence

9. Enfants à charge

10. Numéro de carnet

10. Signature

Spécimen

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

A-00000000

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

A) Volet de gauche :

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

B) Volet de droite :

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

1.4 CONTRIBUTION À PAYER PAR LA PERSONNE ASSURÉE

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

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

Lorsque la personne assurée renouvelle une ordonnance par anticipation, si la date prévue de son renouvellement se trouve dans le mois suivant, elle doit payer la franchise et la coassurance du mois suivant. La contribution sera établie comme si le renouvellement avait eu lieu le mois suivant (pour les détails de la méthode de calcul de la date prévue de renouvellement et de la notion du renouvellement anticipé, se référer à l'onglet *Communication interactive*, point 2.3.4.20).

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

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

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

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

Exemple :

Personne de plus de 65 ans sans SRG (Contribution maximale mensuelle : 83,83 \$)

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

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

Mois du service : février

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

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

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

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

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

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

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

- # c) *Détermination de la contribution totale à payer pour les 3 périodes visées par l'ordonnance (franchise mensuelle de 16,65 \$ et coassurance de 32,5 %) à partir du coût de traitement de chaque période :*

	Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
#	Février	51,67 \$	16,65 \$	11,38 \$	28,03 \$
#	Mars	51,67 \$	16,65 \$	11,38 \$	28,03 \$
#	Avril	46,66 \$	16,65 \$	9,75 \$	26,40 \$
#	Contribution totale à percevoir				82,46 \$

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

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

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

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

#

TABLEAU COMPARATIF DE LA CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC				
Catégories de personnes	Franchise mensuelle (à partir du 01/07/2014)	Coassurance mensuelle (à partir du 01/07/2014)	Contribution maximale (à partir du 01/07/2014)	Prime ¹ à verser au ministère du Revenu (à partir du 01/07/2014)
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Prestataire d'une aide financière de dernier recours (détenteur d'un carnet de réclamation)	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du SRG ² maximal	0 \$	0 %	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG ² maximal (SRG ² partiel)	16,65 \$	32,5 %	51,16 \$ / mois 614 \$ / année	0 à 611 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG ²	16,65 \$	32,5 %	83,83 \$ / mois 1 006 \$ / année	0 à 611 \$ par personne
Adhérents adultes	16,65 \$	32,5 %	83,83 \$ / mois 1 006 \$ / année	0 à 611 \$ par personne

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

2 SRG : Supplément de revenu garanti

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

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

2.3 TRANSACTION DE DEMANDE DE PAIEMENT DU PHARMACIEN

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

2.3.1 Introduction

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

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

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

2.3.2 Délai de facturation

2.3.2.1 Facturation

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

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

2.3.2.2 Correction de la facturation

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

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

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

2.3.3 Données de facturation - cas régulier

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

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

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

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

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

■ Section B : données de dispensation

- le numéro d'inscription à la Régie de la pharmacie (6 chiffres);
 - la date de service (SSAAMJJJ);
 - le numéro de contrôle (numéro séquentiel attribué à chaque demande de paiement par le logiciel de facturation).
- Ce numéro de contrôle sera retourné avec chaque réponse du système d'autorisation pour faire le lien avec la transaction transmise par la pharmacie.

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

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

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

valeur

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3.1 Identification de la personne

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

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

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

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

- le montant demandé pour le médicament ou la fourniture;

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

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

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

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

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

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

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

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

valeur

- le type de prescripteur de l'ordonnance;

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

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

(**) Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la Régie (par exemple, une infirmière).

Dans ces deux cas, les cinq premiers caractères du nom de famille et le premier caractère du prénom doivent être inscrits sur la demande de paiement.

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

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

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

2.3.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers

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

2.3.4.1 Médicament magistral

■ Principes à respecter :

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

valeur

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

- | | | |
|---|---|--------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques | L |
| + | Le montant du service au 1 ^{er} avril 2014 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral | M |
| + | Le montant du service au 1 ^{er} avril 2014 a été établi à 14,26 \$ et à 13,26 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint. | |
| | - Inscrire le type de service correspondant à la préparation magistrale (voir article 6.2, section <i>Renseignements généraux</i> de la <i>Liste de médicaments</i>) selon qu'il s'agisse d'une : | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la <i>Liste de médicaments</i> et qui renferme une substance active. | A |
| | <ul style="list-style-type: none"> • préparation d'un rince-bouche résultant du mélange : <ul style="list-style-type: none"> - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants. | B
B |
| | <ul style="list-style-type: none"> • préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la <i>Liste de médicaments</i>, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants | C |
| | <ul style="list-style-type: none"> • préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, à l'exception d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 % | D |

- préparation ophtalmique renfermant :
 - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidine, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou; E
 - de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL ou; E
 - de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 % E
- solution ou suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de méthadone, de phytonadione ou de vancomycine F
- une des préparations suivantes :
 - préparation pour usage rectal à base de sucralfate G
 - préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem G

Inscrire pour chaque ingrédient utilisé :

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

Remarque : 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.

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

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

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

2.3.4.2 Fournitures

2.3.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- fourniture de chambre d'espacement X

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- fourniture de masque pour chambre d'espacement à 0,00 \$; il est inclus dans les honoraires de la fourniture de chambre d'espacement Y

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

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

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

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

2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables

■ **Principes à respecter :**

- Le coût du service prévu pour la fourniture de seringue-aiguilles jetables ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :
 - le service a été prévu à une personne assurée porteuse d'une ordonnance, pour fins d'auto-administration, d'un ou de plusieurs médicaments injectables (insuline ou autre médicament) ou d'un médicament pour inhalothérapie;
 - La quantité de seringues-aiguilles jetables fournie est raisonnable, eu égard à la posologie de l'ordonnance ou selon le jugement professionnel du pharmacien.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles ou aiguilles jetables et il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament) ou du médicament pour inhalothérapie.

valeur

- Inscrire le code de service;

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

+ Le montant des frais de service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 2,77 \$.

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

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

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

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

■ **Particularités :**

Les seringues-aiguilles ou aiguilles jetables des diverses insulines peuvent être facturées sur une seule demande de paiement.

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

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

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

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

2.3.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement**■ Principes à respecter :**

- Inscrire le numéro d'ordonnance dont l'exécution ou le renouvellement est refusé.
- Inscrire le code DIN du médicament faisant l'objet du refus.
- Seul le montant du service professionnel est réclamé.

valeur

- Inscrire le code de service;

- refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement 1

+ Le montant au 1^{er} avril 2014 a été établi à 8,96 \$.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception spécifiant le motif du refus;

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

■ 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 : 1	Code DIN du médicament refusé
Code d'intervention ou d'exception pour le motif du refus	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	

■ Particularités :

- Un seul motif de refus par ordonnance est payable.

2.3.4.5 Opinion pharmaceutique

■ **Principes à respecter :**

- Numéro d'ordonnance : Inscrire le numéro de référence correspondant à l'opinion.
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

valeur

- Inscrire le code de service;

- opinion pharmaceutique 3

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 19,79 \$.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant au type de l'opinion pharmaceutique;
 - voir la liste des codes à la page 10 du présent onglet
- Inscrire le numéro du ou d'un des prescripteurs à qui une copie de l'opinion pharmaceutique a été transmise.

■ **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 : 3	Code d'intervention ou d'exception pour le type d'opinion
Montant du service	N° pharmacien instrumentant	N° de prescripteur
Type de prescripteur		

■ **Particularités :**

Pour l'opinion pharmaceutique **relative à l'inobservance**, le tarif n'est payable que deux fois par année pour chacune des situations précisées à l'annexe VII pour une même personne assurée.

2.3.4.6 Service sur appel

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

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- service sur appel A

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 28,79 \$.

- Inscrire un numéro d'ordonnance : Il doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques;
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

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

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

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

2.3.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

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

■ **Principes à respecter :***valeur*

- Inscrire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une ordonnance. O

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 pour l'exécution d'une ordonnance a été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 pour le renouvellement d'une ordonnance a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception;

- pour indiquer une pharmacothérapie initiale. MT

- Le nombre de renouvellements sur la deuxième demande de paiement, le cas échéant, **doit être identique à celui inscrit sur la demande de paiement de l'ordonnance originale**. Les renouvellements suivants seront diminués de la manière habituelle.

- Inscrire la quantité de médicament correspondant à celle requise pour la durée d'un traitement de **sept** jours sur la première demande de paiement. La quantité du premier renouvellement (2^e demande de paiement), s'il y a lieu, doit correspondre au reste de la quantité prescrite pour la durée du traitement, qui doit alors être **égale ou supérieure à vingt et un** jours.

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

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

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

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

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.

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

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

• pilulier P

Le montant du service est déterminé à partir de la durée de traitement, tel qu'indiqué ci-dessous.

#	Durée de traitement	Tarif au 1 ^{er} avril 2014
+	Entre 1 et 7 jours	4,39 \$
+	Entre 8 et 14 jours	8,78 \$
+	Entre 15 et 21 jours	13,17 \$
+	Entre 22 et 28 jours	17,57 \$

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

Remarque : Un service fourni sous la forme d'un pilulier dans des circonstances hors de l'ordinaire peut être autorisé pour une durée de traitement de plus de 28 jours. Dans ce cas, une autorisation est requise pour une facturation en considération spéciale.

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : P	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
	Durée du traitement : 28 jours ou moins	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o de 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 de service correspondant à la situation;
- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
 - pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire). CV

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

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

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

2.3.4.10 Préparation de capsules placebo

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo B

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

#		2014-04-01
+	1 à 30 capsules	= 14,26 \$
+	31 à 60 capsules	= 20,48 \$
+	61 à 100 capsules	= 27,27 \$
+	plus de 100 capsules	= nombre de capsules multiplié par 0,25 \$ par capsule

Pour déterminer le nombre de capsules préparées, le système retient la quantité facturée du médicament actif.

- Inscrire le code DIN du médicament dont les capsules ont été vidées et le code DIN de l'adjuvant utilisé pour les remplir.

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

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

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

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules placebo. B

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

#			2014-04-01
+	1 à 30 capsules	=	14,26 \$
+	31 à 60 capsules	=	20,48 \$
+	61 à 100 capsules	=	27,27 \$
+	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,25 \$ par capsule

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

Inscrire pour chaque composante utilisée :

- le format d'acquisition;
- la quantité;
- le coût;
- la source d'approvisionnement, 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.

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

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

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

2.3.4.11 Préparation de capsules

La préparation de capsules consiste à introduire dans des capsules vides un seul médicament actif avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu.

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- préparation de capsules. U

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

#			2014-04-01
+	1 à 30 capsules	=	14,26 \$
+	31 à 60 capsules	=	20,48 \$
+	61 à 100 capsules	=	27,27 \$
+	plus de 100 capsules	=	nombre de capsules multiplié par 0,25 \$ par capsule

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

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

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

2.3.4.12 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

Le montant du service est calculé en fonction du nombre de sachets préparés et établi selon la norme agréée par l'AQPP.

#			2014-04-01
+	1 à 30 sachets	=	14,26 \$
+	31 à 60 sachets	=	20,48 \$
+	61 à 100 sachets	=	27,27 \$
+	Plus de 100 sachets	=	nombre de sachets multiplié par 0,25 \$ par sachet

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

- Inscrire le code DIN du médicament mis en sachets, le code DIN de l'adjuvant, s'il y a lieu, ainsi que le code de facturation du sachet (99100527).

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

Inscrire pour le code de facturation du sachet (99100527) :

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

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

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

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

2.3.4.13 Mise en seringue d'insuline

La mise en seringue d'insuline est acceptée avec le code de service « I » seulement et 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.

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

• mise en seringue d'insuline I

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 est calculé en fonction du nombre de seringues préparées soit :

Moins de 17 seringues = 10,43 \$
17 seringues et plus = nombre de seringues multiplié par 0,64 \$ par seringue.

Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système cumulera le nombre de seringues facturées.

+ **S'il s'agit d'un mélange d'insuline, un montant de 2,77 \$ sera ajouté au coût de service demandé.**

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

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

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

2.3.4.14 Pilule du lendemain

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

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution d'une ordonnance. O

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire le code DIN correspondant au médicament.

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

2 comprimés = quantité 0,1
4 comprimés = quantité 0,2
6 comprimés = quantité 0,3

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

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : O	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution d'une ordonnance O

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 été établi à 9,34 \$ et à 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

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

- pilule du lendemain PL

- Inscrire la quantité du format du médicament réclamé.

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

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

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

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

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

2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

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

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

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

■ **Principes à respecter :****Section C :**

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

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

valeur

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

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

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

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

- programme MTS avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de MTS) 1K
- programme MTS avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) 1L

Section D :

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements = 0	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition du médicament	Source d'approvisionnement du médicament, s'il y a lieu	Quantité du médicament
Type de service, s'il y a lieu	Durée du traitement	Code d'intervention ou d'exception, s'il y a lieu
Montant du médicament	Montant du service	N° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	

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

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

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

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

■ **Principes à respecter :****Section C :**

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

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

valeur

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

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

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

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

	• programme « Tuberculose » avec particularité « K » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose).	2K
	• programme « Tuberculose » avec particularité « L » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose)	2L
#	• programme « Tuberculose » avec particularité « R » (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance).	2R
#	• programme « Tuberculose » avec particularité « S » (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance)	2S

Section D :

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

2.3.4.25 Thérapie parentérale

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

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

- Inscrire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale T

- Inscrire le type de service;

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

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

+ Les frais de service au 1^{er} avril 2014 ont été établis à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

#

Tarif au 2014-04-01

Type	Description	Première unité	Unités suivantes
+ A	- Sacs à gravité avec préparation	14,00	6,53
+ B	- Sacs à gravité sans préparation	12,15	6,53
+ C	- Sacs pour pompe avec préparation	18,69	9,34
+ D	- Sacs pour pompe sans préparation	14,00	7,48
+ E	- Cassettes 50 ml avec préparation	14,00	6,53
+ F	- Cassettes 50 ml sans préparation	12,15	6,53
+ G	- Cassettes 100 ml avec préparation	18,69	11,20
+ H	- Cassettes 100 ml sans préparation	15,86	10,28
+ I	- Perfuseurs élastométriques avec préparation	18,69	14,92
+ J	- Perfuseurs élastométriques sans préparation	13,39	10,88
+ K	- Seringues avec préparation	6,53	2,81
+ L	- Seringues sans préparation	5,60	2,81

Remarque : Les types de service K et L (Seringues) ne s'appliquent pas à la mise en seringue de solution de chlorure de sodium ni à l'insuline. Pour ces produits, voir les sections 2.3.4.13 et 2.3.4.26.

Pour déterminer le nombre de contenant préparés, le système cumulera le nombre de contenants facturés.

- # Exemple : Le montant de service autorisé au 1^{er} avril 2014 pour 10 sacs à gravité avec préparation sera calculé ainsi :

Frais de service	+	Tarif de la première unité	+	Tarif des unités suivantes	=	Montant total autorisé
8,96 \$	+	14,00 \$	+	(9 x 6,53 \$)	=	81,73 \$

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

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

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

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

2.3.4.26 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium

Ce service consiste à remplir **sous la hotte** des seringues à l'aide de chlorure de sodium en solution injectable faisant partie de la liste des véhicules, solvants ou adjuvants de la *Liste de médicaments*. 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

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 2014-04-01			
Type	Description	Première unité	Unités suivantes
A	Mise en seringue	5,60 \$	2,81 \$

+

Pour déterminer le nombre de seringues préparées, le système cumulera le nombre de seringues facturées.

#

Exemple : Le montant du service autorisé au 1^{er} avril 2014 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

Tarif de la première unité	+	Tarif des unités suivantes	=	Montant total autorisé
5,60 \$	+	(9 x 2,81 \$)	=	30,89 \$

- Inscrire le code DIN de la solution de chlorure de sodium injectable et le code DIN des seringues utilisées. Si différents types de seringue sont utilisés, les inscrire sur des lignes distinctes.

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

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

2.3.4.27 Préparation de solution ophtalmique

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

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

- Inscire le code de service;

- exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique. R

- Inscire le type de service;

- préparation de solution ophtalmique A

Le montant des frais de service est calculé en additionnant les frais de service au tarif par unité en fonction du nombre de contenants préparés;

+ Les frais de service au 1^{er} avril 2014 ont été établis à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

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

#

		Tarif au 2014-04-01
Type	Description	par unité
A	Préparation ophtalmique	15,86 \$

+

#

Exemple : Le montant du service autorisé au 1^{er} avril 2014 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
8,96 \$	+	(1 x 15,86 \$)	=	24,82 \$

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

Inscire pour chaque composante utilisée :

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

Inscire pour le code de facturation du contenant (99100528) :

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

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

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

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

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

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

- + Cette entente particulière permet au pharmacien d'être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. Pour avoir droit à ce tarif (18,02 \$ à partir du 1^{er} avril 2014), le pharmacien doit être titulaire d'une attestation de formation délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

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

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

Les frais relatifs à l'exécution d'une ordonnance de contraception orale d'urgence et le coût des médicaments ne sont pas visés par ce programme. Ces frais continuent d'être remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments 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 :**

valeur

- 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;
- le numéro de pharmacien instrumentant correspondant au numéro d'inscription à la Régie soit « 4XXXXX », il peut être **identique** au numéro du prescripteur.

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

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

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

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

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

- + Le tarif payable est de 5,74 \$ par paquet au 1^{er} avril 2014, peu importe le type de transport, même si le paquet contient plus d'une préparation stérile.

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

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

- + Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 5,74 \$.

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 ».

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

- 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.

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

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

#

Numéro de l'ordonnance correspondant au numéro de l'ordonnance du médicament	Code de service : 8	
Nombre de renouvellements : doit correspondre au nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance	Montant du service : 5,74 \$ par paquet	N ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	

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

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

■ **Principes à respecter :***valeur*

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

De plus, une ordonnance peut être renouvelée pour une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale ou plus si le format est indivisible, advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession.

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

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

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

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

2.3.4.32 Transmission d'un profil

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

• transmission d'un profil 2

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 8,96 \$.

- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement;

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);

- Les renseignements suivants devront être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé pour effectuer ladite facturation et versés au registre :

- la date de transmission du profil;
- le nom du demandeur et sa fonction;
- le lieu où le profil a été transmis;
- les raisons qui motivent cette transmission si connues;
- le profil lui-même, c'est-à-dire la liste des médicaments transmise au demandeur.

- Inscrire le numéro du prescripteur correspondant au numéro d'inscription à la Régie.

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

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

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

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

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

2.3.4.33 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

• transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive. 5

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 1,13 \$ par service.

- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement;

- Inscrire le numéro de l'ordonnance (référence);

- Inscrire dans le champ « Quantité » 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;

- Inscrire le numéro du prescripteur d'une des demandes de paiement facturées rétroactivement.

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

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

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

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

2.3.4.34 Pilulier selon la règle 25

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

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

- Inscrire le code de service;

- pilulier selon la règle 25 G

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 2,24 \$ par période de 7 jours (maximum 26,88 \$) et à 2,09 \$ (maximum 25,11 \$) lorsque que le plafond d'ordonnances est atteint.

- Inscrire une durée de traitement correspondant au nombre de piluliers servis;

- Inscrire le montant du service selon le nombre de piluliers servis jusqu'au maximum d'honoraires permis.

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

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

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

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

2.3.4.35 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique

La règle 25 de l'Entente des pharmaciens prévoit un tarif qui est calculé sur une base journalière pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus, lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24 sous réserve d'une rémunération maximale à 90 jours de traitement.

Sont exclus de cette rémunération :

- les médicaments de l'annexe G des règlements de la *Loi sur les aliments et drogues (contrôlées)* lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au *Règlement sur les stupéfiants (narcotiques)*;
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19;
- les services chroniques de **moins de 7 jours** pour l'ensemble de la médication de la personne assurée dans les cas suivants:
 - de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part de la personne assurée;
 - de VIH;
 - de tuberculose;
 - de traitement à la méthadone.

Pour ces exclusions, vous devez indiquer le code de service correspondant au type de rémunération auquel vous avez droit.

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique N

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 0,30 \$/jour (maximum 27,00 \$) et 0,28 \$/jour (maximum 25,20 \$) lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

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

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

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

2.3.4.36 Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive

Selon la règle 2 de l'Entente des pharmaciens, le seul service applicable concernant les formules nutritives est l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance de formules nutritives.

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

- Inscrire le code service;

- exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive E

+ Le montant du service au 1^{er} avril 2014 a été établi à 6,93 \$ et à 5,97 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

■ **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 : E	Code DIN de la formule nutritive
Nature/expression de l'ordonnance	Montant du service	Format d'acquisition de la formule nutritive
Code de sélection		Quantité de la formule nutritive
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant de la formule nutritive
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N ^o de prescripteur	Source d'approvisionnement de la formule nutritive, s'il y a lieu
Durée du traitement	N ^o pharmacien instrumentant	Code d'indication reconnue de la formule nutritive, s'il y a lieu

2.3.4.37 Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes

La règle 29 de l'Entente des pharmaciens prévoit un tarif particulier lorsque le pharmacien exécute une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes et qu'il supervise la prise du médicament, et ce, qu'il nécessite ou non une préparation magistrale.

Les médicaments facturés, lors de ce traitement, sont des narcotiques, catégorie de médicaments qui ne peuvent être acceptés en renouvellement. Ainsi, la nature doit obligatoirement correspondre à une nouvelle ordonnance et un numéro différent doit être attribué à chaque facturation.

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de service;

- traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes J

- Inscrire le type de service correspondant à la situation;

- facturation des honoraires payables une seule fois par jour pour la supervision de la prise de médicament A
- facturation des honoraires payables pour la facturation de teneurs différentes de Suboxone B
- facturation des médicament(s) délivré(s) sans honoraires lorsque plus d'une dose quotidienne est requise C

+ Le montant du service est déterminé en fonction du type de service délivré et a été établi au 1^{er} avril 2014 à :

A : 14,26 \$ et 13,26 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint
 B : 9,34 \$ et 8,74 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint
 C : 0,00 \$

- Inscrire le ou les codes DIN de la Méthadone (chlorhydrate de) ou de la Buprénorphine/naloxone ainsi que le ou les codes DIN des adjuvants utilisés, s'il y a lieu;

- Inscrire 0 dans le nombre de renouvellement, car le renouvellement de cette ordonnance **n'est pas payable**;

Inscrire pour chaque composante utilisée :

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

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

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

Numéro de l'ordonnance	Code de service : J	Code DIN de chaque composante
Nature/expression de l'ordonnance : N	Type de service : A, B ou C	Format d'acquisition de chaque composante
Code de sélection	Montant du service : déterminé selon le type de service	Quantité de chaque composante
Nombre de renouvellements : 0	Type de prescripteur	Montant de chaque composante
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement de chaque composante, s'il y a lieu
Durée de traitement	N° pharmacien instrumentant	

■ **Particularités :**

Lorsque la personne détient des privilèges et que plusieurs doses de la même teneur lui sont remises, la quantité totale de ces doses doit être facturée sur la même demande de paiement.

2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE

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

EXEMPLE DE REÇU

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

Le reçu doit indiquer clairement, pour chaque médicament reçu :

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

2.8 MESSAGES D'ERREUR ET MESURES À PRENDRE

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

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
02	NO de version de la norme en erreur (◆)	1. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
03	Code de transaction en erreur (◆)	1. Le code de transaction est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée : - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33 2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
04	NO de développeur de logiciel en erreur (◆)	1. Le numéro de développeur de logiciel est obligatoire et le développeur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
05	Numéro de version de logiciel en erreur (◆)	1. Le numéro de version de logiciel est obligatoire et le développeur doit le donner. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
21	Numéro de pharmacie en erreur (◆)	1. Le numéro de pharmacie est obligatoire. Il est formé de 5 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la Régie et d'un chiffre de contrôle. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
#22	Date de service en erreur (◆)	1. La date de service est obligatoire et doit être de format SSAA-MM-JJ SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour). Exemple : 2014-07-01. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
23	Numéro de contrôle externe en erreur (♦)	1. Le numéro de contrôle externe est obligatoire. Il est formé de 6 chiffres dont les 4 derniers forment un nombre supérieur à zéro. 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
30	Code de programme absent ou en erreur	1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes : - programme MTS avec particularité (traitement d'une personne atteinte de MTS) = 1K - programme MTS avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) = 1L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) = 2K - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) = 2L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = 2R - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance) = 2S - mesure du patient d'exception = 40 - programme médicament d'exception = 41 - programme de gratuité des services reliés à la contraception orale d'urgence = 04 - programme de gratuité des médicaments en cas de pandémie = 06 Voir section 2.3.4.15 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i>, section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>, section 2.3.5.1 <i>Médicament d'exception</i>, section 2.3.5.2 <i>Mesure du patient d'exception</i>, section 2.3.4.28 <i>Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence</i> et section 2.3.4.17 <i>Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie</i>.
#		
#		
32	Numéro de la personne assurée en erreur	1. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) figure sur la demande de paiement : - vérifier s'il correspond à celui de la carte d'assurance maladie, du carnet de réclamation ou de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas sur la demande de paiement : 2.1 vérifier s'il s'agit d'un détenteur d'un carnet de réclamation ayant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Si oui, inscrire « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte » avec le code d'intervention et d'exception « MA », « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge » avec le code d'intervention et d'exception « MB » ou preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi « MB »; Si la « preuve temporaire d'admissibilité » concerne un prestataire à charge de moins d'un an (lien de parenté = 2), vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide. OU 2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM). Voir section 1.3 <i>Identification de la personne assurée</i>.
34	Date de naissance en erreur	1. La date de naissance est obligatoire. 2. Si elle est inscrite sur la demande de paiement, vérifier si elle est : - antérieure à la date du service; - de format SSAA-MM-JJ SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour) : ex. : 1980-05-28; - une date valide (ex. : le 30 février).
36	Lien de parenté en erreur	1. Le lien de parenté est obligatoire. 2. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : - détenteur de carte (valeur par défaut) = 0; - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = 2. Voir section 2.3.3. <i>Données de facturation - cas régulier - section C</i>.
37	Prénom de la personne en erreur	1. Le prénom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
38	Nom de la personne en erreur	1. Le nom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
40	Code du sexe de la personne en erreur	1. Le sexe de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : - Féminin = F; - Masculin = M. 2. En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le code de sexe doit être F (féminin). Vérifier si le code de sexe F est inscrit sur la demande de paiement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
52	Nature de l'ordonnance en erreur	1. La nature de l'ordonnance est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : « 1 », « 3 », « S », « 4 », « 7 » et « 8 ». Pour tous les autres codes de service, vérifier si la nature et l'expression de l'ordonnance sont inscrites sur la demande de paiement avec les valeurs suivantes : - nouvelle ordonnance écrite = N; - nouvelle ordonnance verbale = V; - renouvellement ordonnance écrite = S; - renouvellement ordonnance verbale = R. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>.
54	Nombre de renouvellements en erreur	1. En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).
55	Numéro d'ordonnance en erreur	1. Le numéro d'ordonnance est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement. 2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.
56	Code de produit en erreur pour le DIN *****	1. Le code de produit (DIN) est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : « 2 », « 3 », « 4 », « 5 », « 7 », « 8 », « A » ou « S ». Pour tous les autres services, vérifier si le code de produit (DIN) est inscrit tel qu'indiqué dans la <i>Liste de médicaments</i>. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>. 2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41); 2.1 Vérifier le code de produit (DIN) autorisé par la Régie pour la personne assurée en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens. OU 2.2 Informer la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la Régie et que son médecin doit en faire la demande à la Régie. 3. Vérifier si le format d'acquisition correspondant au code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement figure dans la <i>Liste de médicaments</i>. 3.1 S'il s'agit d'un médicament de la mesure du patient d'exception, le format d'acquisition doit être absent.
57	Code de service en erreur	1. Le code de service est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement et qu'il correspond bien à ceux du <i>Manuel des pharmaciens</i>. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Lorsque le code de programme est « 06 » (programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie), les codes de service permis sont : « O », « M », « 1 », « 3 », « A », « P », « G » ou « N ». Si le code de service est « M », seul le type de service « A » est accepté. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i> et section 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>.
58	Quantité en erreur pour le DIN *****	1. Lorsqu'un code de produit (DIN) est inscrit sur la demande de paiement, la quantité du produit est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : - 1, 2, 3, 4, 7, 8, A, S; Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i> pour la description des codes de service. 2. Lorsque le pharmacien facture le format complet du contraceptif oral d'urgence (code d'intervention ou d'exception = PL), la quantité réclamée ne doit pas excéder la quantité du format du médicament. 3. En présence du code de service 5, la quantité doit être supérieure à 0; elle doit correspondre au nombre de demandes de paiement transmises rétroactivement au-delà d'une période de 99 jours.
59	Durée du traitement en erreur	1. En présence d'un code de produit (DIN), la durée du traitement est obligatoire, sauf pour les services suivants : - refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement = 1, 2, 3, 4, 7, 8, S, 5, A; 2. La durée du traitement pour un médicament dispensé sous la forme d'un pilulier servi selon la règle 24 doit être égale à 28 jours ou moins. 3. Le code d'intervention ou d'exception « UI » (pharmacie désignée contactée ou non) est inscrit sur la demande de paiement, le numéro du pharmacien désigné n'y est pas inscrit, le format du médicament est divisible, mais la durée du traitement est supérieure à 5 jours. S'il s'agit d'une pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 5 jours, inscrire le code d'intervention/exception « VE » sur la demande de paiement. Voir la Règle 26 b) de l'Annexe II de l'Entente. 4. Le code d'intervention ou d'exception « MT » (pour indiquer une pharmacothérapie initiale) est inscrit sur la demande de paiement mais la durée du traitement est différente de celle permise : - s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (nature et expression = N ou V), la durée du traitement doit être égale à 7 jours; - s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance (nature et expression = S ou R), la durée du traitement doit être égale ou supérieure à 21 jours. Voir la Règle 15) de l'Annexe II de l'Entente.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
60	Type de prescripteur en erreur	5. La durée de traitement inscrite sur la demande de paiement excède 365 jours. Pour fins de calcul de la contribution, vous ne devez pas transmettre une demande de paiement dont la durée de traitement dépasse un an. Veuillez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 6. La durée de traitement pour un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente ne doit pas excéder 30 jours pour le code EO et 90 jours pour le code EB. 1. Le type de prescripteur est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : - médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec (51); - optométriste du Québec (52); - podiatre du Québec (53); - sage-femme du Québec (54); - dentiste du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (55); - pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (56); - infirmier praticien spécialisé inscrit à son Ordre (57); - prescripteur hors du Québec non inscrit à la Régie (99). Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
61	NO ou nom de prescripteur invalide	1. Le numéro du prescripteur (6 chiffres) est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement. 2. Si le type de prescripteur est « Hors Québec (99) », le nom de famille (6 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D</i>.
62	Code de sélection en erreur	1. Vérifier si le code de sélection inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes : - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » inscrit de sa main = 1; - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3; - tel que présent = à blanc. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
63	Type de service en erreur	1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues. Voir sections 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i>, 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i> ou 2.3.4.37 <i>Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
65	Code d'intervention/exception en erreur : **	1. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service ou s'il correspond aux conditions prévues d'utilisation. Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>. 2. Lorsque le médicament est un anovulant transmis en pilulier (code de service P ou G), vérifier que le code d'intervention ou d'exception correspond à PI (Pilulier indivisible). Voir section 2.3.4.38 <i>Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible</i>.
66	Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le coût du médicament, du produit ou de la fourniture est inscrit sur la demande de paiement. Si oui, inscrire le code du médicament, du produit (DIN) ou de la fourniture sur la demande de paiement.
68	Frais de service en erreur	1. Vérifier si les frais de service inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique. Voir onglet <i>Tarif</i>.
76	NO de pharmacien absent/erreur/non admis	1. Le numéro de pharmacien instrumentant est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement. 2. Le numéro du pharmacien instrumentant est admissible. Vérifier l'admissibilité du pharmacien à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens.
78	Indication reconnue en erreur pour le DIN *****	1. Le code d'indication reconnue dépasse la longueur maximale de 10 caractères. Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
80	Le nombre de DIN réclamés est incompatible pour ce code de service.	1. Vérifier que le code de service inscrit sur la demande de paiement peut être réclamé avec un seul code de produit (DIN). 2. Vérifier que la facturation de plus d'un code de produit (DIN) est permise pour le code de service.
81	Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN : *****	1. Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé.
82	DIN ***** déjà transmis sur la même demande de paiement	1. Ces services ne peuvent être réclamés avec deux codes de produit (DIN) identiques sur la même demande de paiement.
83	Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN *****	1. Le code de l'indication reconnue transmis n'est pas compatible avec le médicament facturé. Vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
84	L'autorisation a pris fin le SSAAMMJJ, traitement non répétitif	1. Il s'agit d'un médicament d'exception autorisé pour une période limitée en vertu de l'indication de paiement en vigueur. L'autorisation ne peut donc pas être renouvelée. La personne assurée pourra vérifier auprès du médecin prescripteur quelle démarche conviendra le mieux à sa situation.
85	Âge non permis pour le code d'indication reconnue. DIN *****	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation selon l'âge de la personne assurée. En fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée dont l'âge est différent de celui permis sera rejetée.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
86	Le DIN identifiant le nombre d'unités préparées est absent.	1. Afin de pouvoir effectuer le calcul des frais de service en fonction du nombre d'unités préparées, le système vérifiera la présence du code DIN correspondant au contenant de la solution préparée selon le service rendu.
87	Sexe non permis pour le code d'indication reconnue. DIN *****	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue limité dans son utilisation seulement à l'un des deux sexes (homme ou femme). Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant une personne assurée de sexe différent de celui permis sera rejetée.
88	Nombre maximal d'autorisations dépassé pour le code d'indication reconnue	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreints dans son utilisation à un nombre maximal au cours de la vie de la personne assurée. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dépassant le nombre permis pour une même personne assurée sera rejetée.
89	L'autorisation précédente a pris fin le *****, période d'attente non atteinte.	1. Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreints dans leur utilisation à une période d'attente avant leur réutilisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement comportant un code d'indication reconnue à durée limitée dont la date de service est incluse dans la période d'attente pour une même personne assurée sera rejetée.
#90	Date de transaction en erreur (◆)	1. La date de transaction est obligatoire et doit être de format « AA (an) MM (mois) JJ (jour) » : ex. : 140701. 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
91	Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.
92	Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)	1. Vérifier si le numéro d'ordonnance de fin est numérique. NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, ne rien inscrire dans ce champ.
93	Le code d'indication reconnue est absent ou invalide DIN *****	1. Pour une facturation comportant un médicament d'exception codifié, lorsqu'il n'existe pas d'autorisation au préalable de la Régie, le code d'indication reconnue à durée limitée est obligatoire et doit être valide.
94	Le code d'indication reconnue ***** prendra fin le SSAA/MM/JJ	1. Ce message paraît si l'écart entre la date de service et la date de fin de l'autorisation est égal ou inférieur au délai de 90 jours.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
3A	Code d'intervention (3-4) en erreur : **	1. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception supplémentaire est en vigueur à la date des services (3 ^e ou 4 ^e code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement).
5A	Source d'approvisionnement * en erreur pour le DIN : *****	1. Vérifier si la source d'approvisionnement inscrite sur la demande de paiement correspond à un des codes de grossistes reconnus qui paraissent dans la <i>Liste de médicaments</i> . Voir la <i>Liste de médicaments</i> , Renseignements généraux, Annexe III, section C, grossistes en médicaments reconnus par le ministre.
5B	NO de pharmacie désignée en erreur	1. Vérifier si le numéro de la pharmacie désignée inscrit sur la demande de paiement correspond au numéro de la pharmacie contactée. Voir section 1.2.1.1.B <i>Prestataires visés par le mécanisme de surveillance et suivi de la consommation des médicaments</i> . 2. Vérifier si à la date de service , un pharmacien désigné est inscrit sur le carnet de réclamation du prestataire. NOTE : Le numéro de pharmacie désignée doit être inscrit lorsqu'un service est rendu en urgence par un pharmacien autre que celui désigné si la pharmacie désignée a été rejointe. Le code d'intervention ou d'exception « pharmacien désigné contacté ou non » « UI » doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i> .
5C	Format d'acquisition en erreur pour le DIN *****	1. Vérifier si le format d'acquisition inscrit sur la demande de paiement est numérique.
5D	Date de fin de validité d'ordon. en erreur	1. Vérifier si la date de fin de validité inscrite sur la demande de paiement est postérieure : - la date du service ou y correspond; - de format SS (siècle) AA (an) MM (mois) JJ (jour) (ex. : 20AA0728); - une date valide (ex. : le 30 février) et une date antérieure à la date de service; - avant la date de service et il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Entente. Le code d'intervention ou d'exception EO ou EB doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.31 <i>Renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente</i>. 2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement = 99. Si oui, s'assurer que la date de fin de validité est valide et dans le bon format.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
C6	Personne non assurée	- Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une MTS ou de la tuberculose, inscrire un des codes de programme suivants : - traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L; - traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L; - traitement d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2R; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance = 2S. Voir section 2.3.4.15 <i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS</i> ou section 2.3.4.16 <i>Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose</i>. - La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la Régie et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).
C8	Personne non admissible	- Vérifier la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM) sur la demande de paiement avec la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité. - S'il s'agit d'un détenteur d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, s'assurer qu'un des codes d'intervention ou d'exception suivants est inscrit : - preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA » OU - preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».
#C9	Personne non couverte par ass. méd.	- Il s'agit d'une personne qui n'est pas couverte par l'assurance médicaments à la date des services et la demande de paiement ne concerne pas l'un des programmes suivants : - MTS (code de programme 1K ou 1L); - Tuberculose (code de programme 2K, 2L, 2R ou 2S); - Prestation de services pour la contraception orale d'urgence (code de programme 04).
#		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. Avant le 30 juin 2012, cette personne était un revendicateur du statut de réfugié et couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire.
#		Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		4. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même : celle-ci sera disponible pour le système le lendemain.
#		5. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.
D1	Code de produit non payable : *****	1. Ces services sont non payables s'ils sont réclamés seulement avec des solvants, adjuvants ou véhicules sauf pour les situations suivantes : - s'il s'agit d'une préparation de capsule placebo à partir d'une capsule vide (DIN 99001519) ou; - s'il s'agit d'une ordonnance autorisée par la Régie en considération spéciale ou dans le cadre de la mesure du « patient d'exception » ou; - s'il s'agit de mise en seringue de solution de chlorure de sodium.
D2	Code de produit qui n'est plus assuré DIN *****	1. Vérifier si le code DIN ou le format d'acquisition du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.
D3	Prescripteur non admissible	1. Vérifier si le numéro du prescripteur correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2. Le prescripteur doit être un pharmacien (4XXXXX) : - En présence du code de service 4 (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence); - Lors de la facturation d'une fourniture. Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement. 3. En présence du code de service 1 (refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement) ou 3 (opinion pharmaceutique), le prescripteur doit être différent d'un pharmacien (4XXXXX). Vérifier le numéro du prescripteur ou le code de service inscrit sur la demande de paiement.
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : *****	1. Au dossier de la personne assurée à la Régie, le nombre de renouvellements de cette ordonnance est égal à 0 ou la date de fin de validité de l'ordonnance est atteinte (ordonnance expirée). - il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente : inscrire le code d'intervention ou d'exception EO ou EB (référence, point 2.3.4.31 de l'onglet <i>Communication interactive</i>). - en cas d'erreur, pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité : utiliser le code d'intervention ou d'exception MG (référence, point 2.3.4.21, de l'onglet <i>Communication interactive</i> de votre manuel). - sinon : une nouvelle ordonnance est requise. 2. Au dossier de la personne assurée à la Régie, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (code de service = 1) : aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de MTS (codes de programme : K ou L) n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 4. Le renouvellement d'une ordonnance pour un médicament narcotique n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance. 5. Le renouvellement de la contraception orale d'urgence prescrit par le pharmacien n'est pas payable. Vérifier la nature/ expression de l'ordonnance ou le numéro du prescripteur. 6. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement de substitution aux opioïdes n'est pas payable : aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
D6	Montant total supérieur à 1 000 \$	1. Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 \$, inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation « MP ». Voir section 2.3.4.23 <i>Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$.</i>
D7	Renouvellement hâtif NCE : *****	1. S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention ou d'exception sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.20 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i>
E1	Traitement en erreur	1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	1. Vérifier la valeur inscrite sur la demande de paiement concernant le lien de parenté. S'il s'agit d'une personne à charge de moins d'un an, la date de naissance doit être inférieure à un an par rapport à la date de service.
CT	PAE non autorisé à cette pharmacie	1. Vérifier si le numéro de votre pharmacie figure sur le carnet de ce prestataire. Si non, et s'il s'agit d'une situation d'urgence, suivre les instructions prévues. Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i>
DE	Délai de facturation dépassé NCE :*****	1. Selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente, ce renouvellement d'ordonnance ne peut être exécuté après 30 jours de la fin de traitement prévue au dernier service pour une ordonnance non renouvelable ou un renouvellement dont le nombre est atteint. La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit : - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 30 jours;

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente, ce renouvellement d'ordonnance ne peut être exécuté après 90 jours pour un format divisible advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession. La Régie établit la date limite de fonctionnement comme suit : - date calculée de renouvellement du service précédent + sa durée de traitement + 90 jours;
#DH	Frais de service ajustés	1. Selon le code de service, si l'écart est de 0,57 \$, 0,59 \$, 0,94 \$ ou 0,98 \$ (à partir du 1^{er} avril 2013), cela indique que le plafond de 46 200 ordonnances est atteint et que les frais de service sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente).
#		2. Selon le code de service, si l'écart est de 0,59 \$, 0,60 \$, 0,96 \$ ou 1,00 \$ (à partir du 1^{er} avril 2014), cela indique que le plafond de 48 500 ordonnances est atteint et que les frais de service sont ajustés en conséquence (selon la Règle 23 de l'Annexe II de l'Entente). 3. Après <i>vérification des tarifs</i> (voir onglet <i>Tarif</i> du présent manuel), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
DJ	Coût du produit ajusté pour le DIN *****	1. Si l'écart est de plus ou moins 0,01 \$, cela peut s'expliquer par le calcul effectué (4 décimales tronquées et à la fin seulement, le montant est arrondi à deux décimales). 2. Après vérification du calcul du coût du médicament, si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
DW	Le DIN ***** est autorisé pour ce NAM jusqu'au SSAA-MM-JJ	1. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une demande d'exemption pour un DIN faisant partie de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Si oui, corriger le DIN facturé par celui autorisé. Si non, inscrire le code d'intervention ou d'exception DQ afin de permettre la facturation tel que demandé. Voir section 2.3.4.39 <i>Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)</i>.
DX	Autorisation requise pour l'ordonnance	1. Pour un médicament d'exception ou pour un médicament visé par la mesure du patient d'exception, vérifier auprès de la personne assurée à quelle date la demande d'autorisation a été transmise à la Régie. 2. Pour une considération spéciale, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.5 <i>Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		3. Pour une situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.20 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif)</i>. 4. Pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.5.3 <i>Modalités différentes du calcul de la contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée</i>. 5. Pour les frais de transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques qui excèdent 25,00 \$, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.30 de l'onglet <i>Communication interactive</i>. 6. Dans le cas d'un bris ou de la perte ou d'une mauvaise conservation du produit par le transporteur, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. Voir section 2.3.4.30 de l'onglet <i>Communication interactive</i>.
DY	Erreur d'inscription du code d'intervention	1. Il y a une erreur d'inscription du ou des codes d'intervention ou d'exception sur la demande de paiement. Se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciel.
EJ	Date prévue de renouvellement SSAA/MM/JJ	1. Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la Régie a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de calcul de cette date sont définies à la section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée du traitement</i>. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
EK	Ordonnance de longue durée : XXX jours	1. Il s'agit d'une ordonnance de longue durée pour laquelle la Régie a perçu plus d'une contribution. Le nombre de jours inscrit dans le message correspond à la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
ES	Service sur appel déjà payé NCE : *****	1. Ce message est conséquent à ce qu'une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturé dans la même journée. Cependant, s'il s'avère qu'un déplacement supplémentaire a été effectué au cours de la même journée, vous devez transmettre cette demande de paiement avec le code d'intervention ou d'exception : FB
FP	Forme ou code de produit non permis avec ce code de service pour le DIN : *****	1. Lorsque le code de service est N (exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique), la forme pharmaceutique du médicament inscrit sur la demande de paiement doit être une forme orale solide. 2. Le produit pour médicament magistral inscrit sur la demande de paiement n'est payable qu'avec les codes de service H, L, M, R, U et 1. Par contre, lorsque le produit pour médicament magistral est la méthadone (chlorhydrate de), les codes de service permis sont : H, J, L, M, U et 1.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
HF	Autorisation prendra fin le SSAA/MM/JJ	3. Le produit Suboxone inscrit sur la demande de paiement n'est payable qu'avec les codes de service J et 1. 1. Ce message paraît si l'écart entre la date du service et la date de fin de l'autorisation est égal ou inférieur à 60 jours et qu'aucune nouvelle autorisation n'a été accordée à cette personne assurée pour le médicament visé. Informer la personne assurée pour qu'elle entreprenne les démarches nécessaires auprès de son professionnel de la santé afin d'éviter les inconvénients d'un arrêt du paiement par la Régie. 2. Il s'agit d'un médicament d'exception ou médicament d'un patient d'exception transmis avec un code d'indication reconnue à période limitée et illimitée, l'écart entre la date de service et la date de fin du code d'indication reconnue est ≤ 60 jours. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
HZ	Quantité maximale restante pour l'autorisation : *****	1. Le message est affiché lorsqu'il y a une restriction sur la quantité pouvant être facturée d'un médicament sous autorisation. Il contient à titre informatif la quantité restante pouvant être facturée lors de la prochaine facturation. Toutefois, en présence du message KF, il s'agit de la quantité restante pouvant être facturée dans la présente facturation. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
KF	Quantité autorisée dépassée pour le DIN : *****	1. Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont soumis à une quantité maximale de médicaments pouvant être facturée durant la période de l'autorisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement sera refusée si la quantité facturée du médicament d'exception codifié dépasse la quantité maximale permise.
KG	Nombre renouv. trop grand NCE : *****	1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant « MT » est inscrit sur la demande de paiement, car le nombre de renouvellements devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale. Voir section 2.3.4.7 <i>Initiation d'une pharmacothérapie.</i> 2. Pour modifier le nombre de renouvellements inscrit par erreur sur la demande de paiement de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention/exception « MG » et corriger le nombre de renouvellements restant sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.21 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.</i>
KH	Coût du produit ajusté au prix maximum payable (PMP) pour le DIN *****	1. Le médicament délivré est soumis au prix maximum payable (PMP). Le montant excédentaire non assuré par la Régie doit être payé par la personne assurée puisqu'elle appartient à la clientèle non vulnérable (personne soumise à une contribution). NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KJ	Date de fin de validité expirée NCE : *****	1. Vérifier s'il n'y a pas une erreur dans l'inscription de la date de service ou de la date de fin de validité, car la date de service doit être antérieure à la date de fin de validité sauf s'il s'agit d'un renouvellement supplémentaire permis selon la règle 4 de l'Entente. Pour cette situation, le code d'intervention ou d'exception EO ou EB doit être inscrit sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.31 <i>Renouvellement supplémentaire</i> permis selon la règle 4 de l'Annexe II de l'Entente. Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception « MG » sur la demande de paiement. Voir section 2.3.4.21 <i>Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité</i>.
KO	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre code de preuve temporaire d'admissibilité dans le même mois. Vérifier la situation de la personne à savoir : preuve d'admissibilité comme PAE adulte (code MA) preuve d'admissibilité comme PAE à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code MB) Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie. 2. La personne a déjà obtenu des médicaments sous le même code de preuve temporaire d'admissibilité dans un mois antérieur et son statut de prestataire d'une aide financière de dernier recours n'a jamais été confirmé. Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
KP	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	1. Si la justification du renouvellement hâtif fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention/exception pertinent à la situation. Voir section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif)</i>. 2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	1. Le code d'intervention ou d'exception « MB » est inscrit sur la demande de paiement et la personne a 65 ans et plus (PAE adulte). Modifier le code d'intervention ou d'exception pour « MA ».
LS	Durée de traitement admissible XXX jours	1. La durée de traitement totale au cours d'une période de 12 mois consécutifs pour un traitement antitabagique pour l'ensemble des pharmacies, ne doit pas dépasser 84 jours. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas la période maximale permise (établie à 90 jours) de plus de 30 jours (code d'intervention ou d'exception EB). 3. Le renouvellement supplémentaire est transmis avec un médicament de format divisible et la durée de traitement n'excède pas 30 jours, sauf pour les codes de services P et G, où plus d'un renouvellement est permis, en autant que la durée totale des traitements n'excède pas 30 jours (code d'intervention ou d'exception EO). 4. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour certains médicaments prescrit par les podiatres (LISTEMED 93).
LT	Période permise dépassée NCE : *****	1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement. 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement. 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LV	Quantité maximum dépassée, payable : *** pour le DIN *****	1. La quantité de gommes payable par la Régie lors d'un traitement antitabagique au cours d'une période de 12 mois consécutifs est de 840 gommes, pour l'ensemble des pharmacies. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de gommes résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la Régie doit être payée par la personne assurée.
LY	Aucun méd. permis pour ce code de service	1. En présence des codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A et S, aucun code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.
MY	Déjà payé autre pharmacie NCE : *****	1. Le même médicament (même dénomination commune, forme et teneur) a déjà été payé pour la même journée à une autre pharmacie.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Si la justification fournie par la personne assurée pour un deuxième service la même journée pour un médicament déjà reçu est satisfaisante, inscrire un code d'intervention ou d'exception expliquant la raison. Voir section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif)</i>.
NF	Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : *****	1. Vérifier les cas suivants : - s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la quantité maximale journalière, inscrire le code d'intervention ou d'exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » « MQ ». Voir section 2.3.4.22 <i>Dépassement de la quantité maximale journalière</i>. - s'il s'agit de la facturation d'un format complet d'un contraceptif pour la pilule du lendemain, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « pilule du lendemain » « PL ». Voir section 2.3.4.14 <i>Pilule du lendemain</i>. - s'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « pré-autorisation téléphonique a été obtenue de la Régie » « CS ». Voir section 2.3.5.3 <i>Considération spéciale</i>. NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.
NG	Substitution et nature ord. incompatibles	1. Vérifier le code de sélection : - si le choix du prescripteur est de ne pas substituer, vérifier si la nature et l'expression de l'ordonnance inscrite sur la demande de paiement indique qu'il s'agit d'une nouvelle ordonnance écrite ou du renouvellement d'une ordonnance écrite. NOTE : Lorsque le choix du prescripteur est de ne pas substituer, l'ordonnance (nouvelle ou renouvellement) doit être écrite.
NH	Quantité en erreur format indivisible pour le DIN : *****	1. Vérifier dans la <i>Liste de médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de format indivisible. Si oui, inscrire exactement la quantité du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne. 2. Si la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la Régie.
NI	Un seul code de service est permis	1. S'assurer qu'un seul code de service est transmis en tout temps.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NK	Service requiert un type de service	1. Vérifier si le code de service correspond aux codes de service suivants : « J », « L », « M », « Q », « R » ou « T ». Si oui, le type de service inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.4.37 <i>Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes</i>, 2.3.4.1 <i>Médicament magistral</i>, 2.3.4.25 <i>Thérapie parentérale</i>, 2.3.4.26 <i>Mise en seringue de solution de chlorure de sodium</i> ou 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i>). Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.
NM	Service * et classe produit incompatibles pour le DIN : *****	1. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour les codes de service suivants : - Code de service E correspond à une ordonnance de formule nutritive. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la <i>Liste de médicaments</i> ou à celui fourni par la Régie sur la lettre d'autorisation. - Code de service F ou X correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables, ou fourniture d'une chambre d'espacement. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>. - Code de service I correspond à une ordonnance de mise en seringue d'insuline. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents à la classe AHF 68:20:08 de la <i>Liste de médicaments</i>. - Code de service B correspond à une ordonnance pour la préparation de capsules de placebo. Si oui, présence de la capsule vide (99001519) avec un ou des adjuvants ou présence d'un seul médicament actif avec un ou des adjuvants. - Code de service R correspond à une ordonnance pour préparation de solution ophtalmique. Si oui, présence du contenant (99100528) et du mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de la solution ophtalmique inscrite à la liste des renseignements généraux de la <i>Liste de médicaments</i>. - Code de service Q correspond à une ordonnance de mise en seringue de chlorure de sodium. Si oui, présence d'une seule solution de chlorure de sodium en solution injectable pour une mise en seringue de chlorure de sodium. Si présence de seringue-aiguille, s'assurer que l'ordonnance correspond à la mise en seringue de chlorure de sodium. - Code de service K correspond à une ordonnance pour dilution ou dissolution avec un solvant. Si oui, présence d'un seul médicament actif réclamé avec un adjuvant. - Code de service H correspond à une ordonnance pour la préparation de sachets. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants, s'il y a lieu. Si présence du sachet (99100527), s'assurer que l'ordonnance correspond à la préparation de sachets.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		- Code de service U correspond à une ordonnance pour la préparation de capsules. Si oui, présence d'un seul médicament ou produit pour médicament magistral réclamé avec un ou des adjuvants. - Code de service T correspond à une ordonnance pour une thérapie parentérale de type A à J. Si oui, présence d'un seul médicament réclamé avec un ou des adjuvants. Si présence d'un sac, d'une cassette ou d'un perfuseur, s'assurer que l'ordonnance correspond au type de thérapie parentérale approprié. - Code de service Y correspond à une ordonnance de fourniture de masque pour chambre d'espacement. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>. - Code de service J correspond à une ordonnance pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes. Si oui, le ou les codes de produit (DIN) inscrits sur la demande de paiement doit correspondre à la méthadone (chlorhydrate de) ou à la buprénorphine/naloxone.
NN	Service et code d'intervention ** incompatibles	1. Vérifier si le code de service est « 1 » ou « 3 ». Si oui, indiquer la raison du refus ou le type d'opinion pharmaceutique en utilisant un des codes d'intervention ou d'exception prévus à cette fin. Voir sections 2.3.4.4 <i>Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</i> ou 2.3.4.5 <i>Opinion pharmaceutique</i>. 2. Vérifier si le code de service est « 7 ». Si oui, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence. Voir section 2.3.4.30 <i>Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques</i>. 3. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception est « MT ». Si oui, s'assurer que le code de service est « O ». Voir section 2.3.4.7 <i>Initiation d'une pharmacothérapie</i>. 4. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception est « PI ». Si oui, s'assurer que le code de service est « P » ou « G ». Voir section 2.3.4.38 <i>Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible</i>. 5. Vérifier si le code de service est « S ». Si oui, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant à « pharmacie désignée contactée ou non : UI » n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée. Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NO	Service requiert personne sous surveillance	1. Vérifier si le code de service est celui requis pour la rémunération mensuelle d'un pharmacien désigné. Si oui, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception n'est pas « Pharmacie désignée contactée ou non : UI » puisque ce code est utilisé seulement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée. 2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service. Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté</i>.
NP	Service non valide personne sous surveillance	1. Vérifier s'il s'agit d'un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service pour qui vous êtes le pharmacien désigné. Si oui, le code de service de refus d'ordonnance ne peut être utilisé puisque ce service est non payable pour un prestataire soumis au mécanisme de surveillance. Voir Règle 9 de l'Annexe II de l'Entente.
NQ	Médicament ***** non permis en pharmac. initiale	1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Il doit faire partie de l'Annexe VI de l'Entente.
NR	Médicament ***** non permis en pilulier	1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement n'est pas payable lorsqu'il est facturé en pilulier en raison de sa forme pharmaceutique.
NT	Pharmac. init. non permise NCE : *****	1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement et facturé en pharmacothérapie initiale (code d'intervention ou d'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.
OP	Service précédent servi en pilulier NCE*****	1. Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 7 jours, facturée avec des honoraires réguliers (code de service O), pour laquelle on retrouve dans les 30 derniers jours, le même médicament facturé en pilulier (code de service P). S'il s'agit d'un médicament fourni sous la forme d'un pilulier, annuler cette demande de paiement et transmettre une nouvelle demande de paiement avec le code de service P. Sinon, veuillez ignorer ce message. Remarque : Ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.
OV	Ordonnance verbale non permise	1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>, au <i>Règlement sur les stupéfiants</i> et au <i>Règlement sur les drogues contrôlées</i>, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament. 2. L'ordonnance verbale est non permise lors du traitement de la dépendance de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.
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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		2. Le renouvellement verbal est non permis lors du traitement de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.
PA	Médicament ***** non permis pour type prescripteur	1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
PC	Service non permis pour type de prescripteur	1. La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence n'est pas permise pour ce prescripteur. Vérifier l'admissibilité de ce prescripteur à la date de service en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.
#QG	Médicament ***** inadmissible à ce programme	1. Vérifier s'il s'agit bien d'un médicament visé par les programmes « MTS (1K ou 1L) » ou « Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S) » inscrit à l'Addenda de la <i>Liste de médicaments</i> .
QH	Coût du produit calculé est trop élevé	1. Le coût du médicament ou le montant total (coût du médicament + frais de service) calculé par le système est supérieur à 9 999,99 \$. Vérifier le code de produit (DIN) , le format d'acquisition et la quantité du médicament.
RM	Maximum quotidien dépassé NCE : *****	1. Le message contient, à titre informatif, le NCE correspondant à l'opinion pharmaceutique déjà payée à votre pharmacie par la Régie, le jour même, pour la même personne assurée.
RN	Maximum annuel dépassé NCE : ***** ,*****	1. Le message contient, à titre informatif, les NCE correspondant aux deux opinions sur l'inobservance (de même type) déjà payées dans l'année à votre pharmacie, pour la personne visée.

7. TARIF

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

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
Code de service			
« N »	1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance		
	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)		
	- 46 200 ordonnances et moins (maximum 26,10 \$)	0,29 par jour	
	- plus de 46 200 ordonnances (maximum 24,30 \$)	0,27 par jour	
+	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 27,00 \$)		0,30 par jour
+	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,20 \$)		0,28 par jour
« 0 »	b) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en a)		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37
	c) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en a)		
	- 46 200 ordonnances et moins	9,16	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,57	
	- 48 500 ordonnances et moins		9,34
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,74
AVIS : Voir la section 2.3.3.2 sous l'onglet Communication interactive.			
« G »	d) Ordonnance servie sous la forme d'un 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)		
	- 46 200 ordonnances et moins (maximum 26,34 \$)	8,78	8,96
	- plus de 46 200 ordonnances (maximum 24,63 \$)	(2,20)	
	- plus de 46 200 ordonnances (maximum 24,63 \$)	(2,05)	
+	- 48 500 ordonnances et moins (maximum 26,88 \$)		(2,24)
+	- plus de 48 500 ordonnances (maximum 25,11 \$)		(2,09)
« E »	2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive :		
	- 46 200 ordonnances et moins	6,79	
	- plus de 46 200 ordonnances	5,85	
	- 48 500 ordonnances et moins		6,93
+	- plus de 48 500 ordonnances		5,97

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
	Code de service		
+ « 1 »	3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement	8,78	8,96
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.4 sous l'onglet Communication interactive.		
	Ordonnance falsifiée		
	Allergie antérieure au médicament prescrit		
	Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit		
	Interaction cliniquement significative		
	Intolérance antérieure au produit prescrit		
	Choix de produit irrationnel		
	Dose dangereusement élevée		
	Dose sous-thérapeutique		
	Durée de traitement irrationnelle		
	Produit inefficace dans l'indication visée		
	Quantité prescrite irrationnelle		
	Surconsommation		
	Duplication de traitement		
+ « 3 »	4) Opinion pharmaceutique	19,40	19,79
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.5 sous l'onglet Communication interactive.		
	Allergie		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Calendrier de sevrage		
	Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines		
	Contre-indication		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Duplication		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le traitement prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Effet indésirable ou intolérance observés		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Inefficacité		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
	Code de service		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue		
	Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv)		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Prolonger la durée du traitement prescrit		
	Grossesse ou allaitement		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Innocuité		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique		
	Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
	Réduire la durée du traitement prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Interaction		
	Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement		
	Interrompre la prise d'un médicament prescrit		
	Empêcher la prise d'un médicament prescrit		
	Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit		
	Substituer un médicament prescrit par un autre		
	Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité		
	Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables		
	Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10		
	Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale		

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
Code de service			
+ « 3 »	5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII	19,40	19,79
	<u>AVIS :</u> 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 et de l'hypertension artérielle		
	Inobservance au traitement : surconsommation		
	Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement du diabète de type II		
	Inobservance au traitement : surconsommation		
	Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'épilepsie		
	Inobservance au traitement : surconsommation		
	Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Utilisation des psychotropes		
	Inobservance au traitement : surconsommation		
	Inobservance au traitement : sous-consommation		
	Traitement de l'infection au VIH		
	Inobservance au traitement : surconsommation		
	Inobservance au traitement : sous-consommation		
+ « 2 »	6) Transmission d'un profil	8,78	8,96
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.32 sous l'onglet Communication interactive.		
« J »	7) Traitement de substitution aux opioïdes (A)		
	- 46 200 ordonnances et moins	13,98	
	- plus de 46 200 ordonnances	13,00	
+	- 48 500 ordonnances et moins		14,26
+	- plus de 48 500 ordonnances		13,26
	Traitement de substitution aux opioïdes, teneurs différentes de suboxone (B)		
	- 46 200 ordonnances et moins	9,16	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,57	
+	- 48 500 ordonnances et moins		9,34
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,74
+	Traitement de substitution aux opioïdes, médicament(s) délivré(s) sans honoraires (C)	0,00	0,00

AVIS : Voir la section 2.3.4.37 sous l'onglet Communication interactive.

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
	Code de service		
« M »	8) Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :		
	- 46 200 ordonnances et moins	13,98	
	- plus de 46 200 ordonnances	13,00	
+	- 48 500 ordonnances et moins		14,26
+	- plus de 48 500 ordonnances		13,26
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet Communication interactive.		
« L »	9) Pour l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées, à l'exception des préparations injectables et des solutions ophtalmiques lorsque le mélange est destiné à la voie parentérale ou ophtalmique, le montant payable est la somme du coût des médicaments et de celui fixé pour l'exécution et le renouvellement de l'ordonnance :		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
+	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.1 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « A »	10) Service sur appel	28,23	28,79
	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.		
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.6 sous l'onglet Communication interactive.		
+ « P »	11) Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à 28 jours sous la forme d'un pilulier	17,23	17,57
+	(le tarif est payable par période de 7 jours en utilisant le pourcentage de 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III)	(4,31)	(4,39)
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.8 sous l'onglet Communication interactive.		

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
	Code de service		
	12) Considération spéciale (C.S.)		
	Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :		
	a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire;		
	b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.		
	Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.		
+ « F »	13) Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables	2,72	2,77
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2.2 sous l'onglet Communication interactive.		
« 0 »	14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :		
	a) pour les sept (7) premiers jours		
	- 46 200 ordonnances et moins	9,16	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,57	
+	- 48 500 ordonnances et moins		9,34
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,74
	b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu :		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
+	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37

AVIS : Voir la section 2.3.4.7 sous l'onglet Communication interactive.

#	Code de service	Tarifs au 2013/04/01		Tarifs au 2014/04/01	
		Tarifs par unité		Tarifs par unité	
		Avec préparation préalable	Sans préparation préalable	Avec préparation préalable	Sans préparation préalable
	15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance				
« T »	a) Thérapies parentérales ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées				
	- Sacs à gravité				
+	Premier sac	13,73	11,91	14,00	12,15
+	Sacs suivants	6,40	6,40	6,53	6,53
	- Sacs pour pompe				
+	Premier sac	18,32	13,73	18,69	14,00
+	Sacs suivants	9,16	7,33	9,34	7,48
	- Cassettes 50 ml				
+	Première cassette	13,73	11,91	14,00	12,15
+	Cassettes suivantes	6,40	6,40	6,53	6,53
	- Cassettes 100 ml				
+	Première cassette	18,32	15,55	18,69	15,86
+	Cassettes suivantes	10,98	10,08	11,20	10,28
	- Perfuseurs élastométriques				
+	Premier perfuseur	18,32	13,13	18,69	13,39
+	Perfuseurs suivants	14,63	10,67	14,92	10,88
	- Seringues				
+	Première seringue	6,40	5,49	6,53	5,60
+	Seringues suivantes	2,75	2,75	2,81	2,81
#	<u>AVIS</u> : Voir la section 2.3.4.25 sous l'onglet Communication interactive.				

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
Code de service			
« R »	b) Préparations ophtalmiques (tarif de base)		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
+	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
+	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37
+	ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	15,55	15,86

AVIS : Voir la section 2.3.4.27 sous l'onglet Communication interactive.

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

« B »	16) Préparation de capsules placebo		
+	1 à 30 capsules	13,98	14,26
+	31 à 60 capsules	20,08	20,48
+	61 à 100 capsules	26,74	27,27
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,25	0,25

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

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

« H »	17) Préparation de sachets		
+	1 à 30 sachets	13,98	14,26
+	31 à 60 sachets	20,08	20,48
+	61 à 100 sachets	26,74	27,27
+	Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par :	0,25	0,25

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

« I »	18) Mise en seringue d'insuline		
+	Moins de 17 seringues.	10,23	10,43
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	2,72	2,77
+	17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par :	0,63	0,64
+	si c'est un mélange d'insulines, ajouter :	2,72	2,77

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

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
Code de service			
« U »	19) Préparation de capsules		
+	1 à 30 capsules	13,98	14,26
+	31 à 60 capsules	20,08	20,48
+	61 à 100 capsules	26,74	27,27
+	Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :	0,25	0,25
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.11 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
« X »	20) Fourniture de chambre d'espacement		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
+	- 48 500 ordonnances et moins.		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37
« Y »	Fourniture de masque.	0,00	0,00
	La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de chambre d'espacement.		
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.2.1 sous l'onglet Communication interactive pour le calcul des honoraires professionnels.		
« 5 »	21) Transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive		
+	Nombre de services multiplié par :	1,11	1,13
	<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.33 sous l'onglet Communication interactive.		

7.2 CODES DE SERVICE ADMINISTRATIFS

#		Tarifs au 2013/04/01	Tarifs au 2014/04/01
Code de service			
<i>TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 3 DE L'ANNEXE II</i>			
« K »	23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant		
	- 46 200 ordonnances et moins	8,78	
	- plus de 46 200 ordonnances	8,21	
+	- 48 500 ordonnances et moins		8,96
+	- plus de 48 500 ordonnances		8,37

AVIS : Voir la section 2.3.4.3 sous l'onglet Communication interactive.

TARIFS ÉTABLIS POUR LA RÈGLE 27 d) de L'ANNEXE II

« Q »	24) Mise en seringue de chlorure de sodium		
+	première unité	5,49	5,60
+	unités suivantes	2,75	2,81

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

TARIFS ÉTABLIS SELON LES AUTRES PROGRAMMES

+ « 4 »	Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence	17,67	18,02
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet Communication interactive.			
« 7 »	Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	Coût réel encouru	Coût réel encouru
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.30 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 et des solutions ophtalmiques	5,63	5,74
<u>AVIS :</u> Voir la section 2.3.4.28 sous l'onglet Communication interactive.			
« S »	Pharmacie désignée, rémunération mensuelle (programme suspendu)	20,00	20,00

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

8. MANUEL ET FORMULAIRES

8.1 MANUEL

8.1.1 MANUEL SUR INTERNET

Le manuel destiné aux pharmaciens est mis à jour régulièrement et disponible dans le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

8.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande du pharmacien, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le pharmacien peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

8.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX PHARMACIENS

	Numéro
Manuel des pharmaciens	260
Liste de médicaments	440
Codes des médicaments d'exception.	447

8.2 FORMULAIRES

8.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Web et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

8.2.2 FORMULAIRES PAPIER

La Régie met à la disposition de tous les pharmaciens le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 3621).

8.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.