

2. COMMUNICATION INTERACTIVE

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

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

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

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

2.1 ASSISTANCE AUX PHARMACIENS

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

Centre de support aux pharmaciens

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

Des préposés peuvent répondre à toutes les questions du pharmacien (voir exemples de situations ci-dessous) :

- Lundi, mardi, jeudi et vendredi : 8 h 30 à 16 h 30
- Mercredi : 9 h 30 à 16 h 30

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

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

EXEMPLES DE SITUATIONS

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

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

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

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

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

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

C) Autres renseignements

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

D) Formulaires, publications et autres

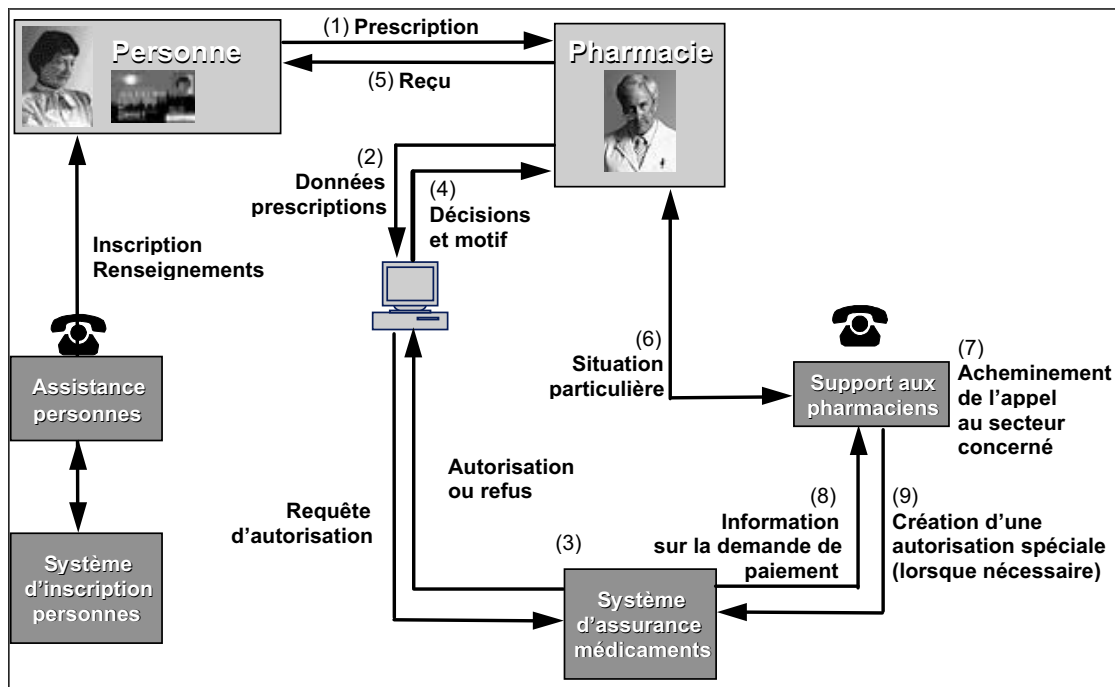
Besoins
<ul style="list-style-type: none"> • veut recevoir des états de compte ou de revenus • veut remplacer un chèque • veut commander des formulaires ou des publications relatives au régime d'assurance maladie ou au régime public d'assurance médicaments • veut faire un changement d'adresse

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

2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION INTERACTIVE

2.2.1 Étapes

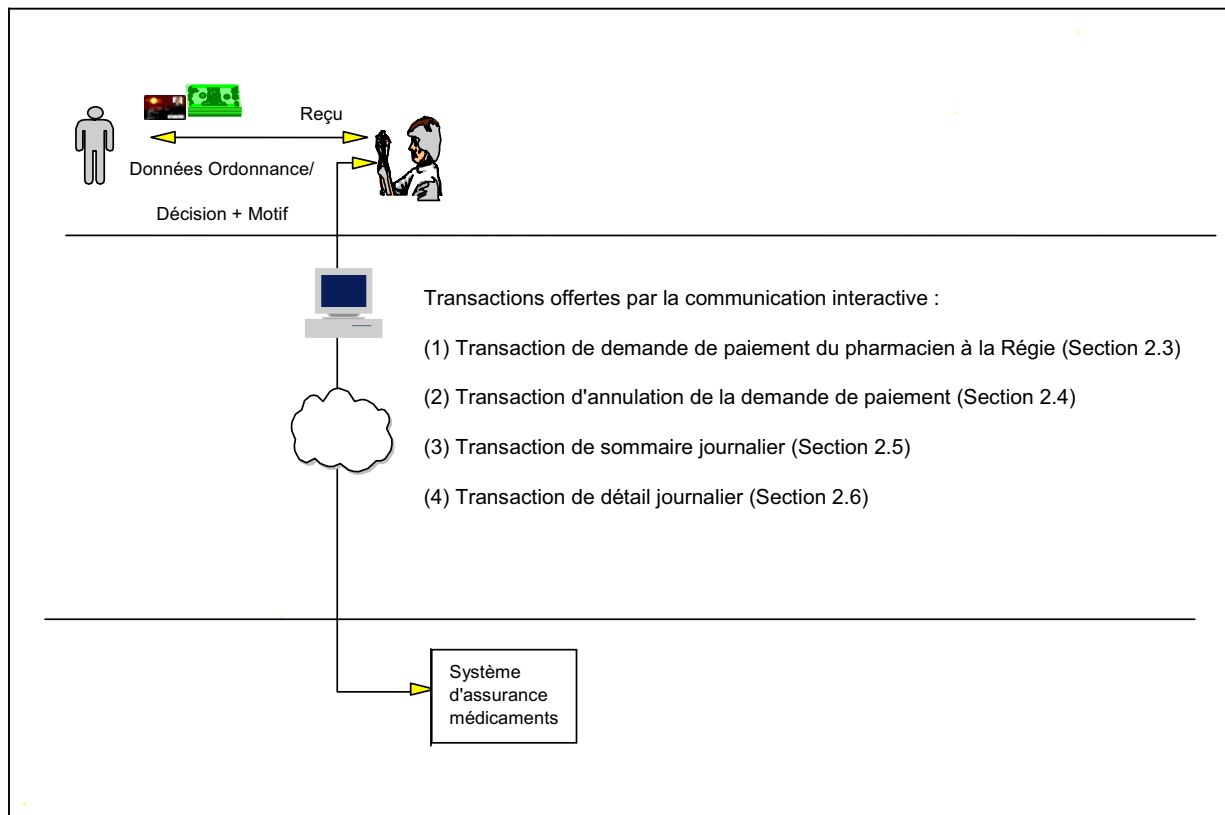
Le diagramme suivant illustre, de façon sommaire, les différentes étapes liées au traitement de la demande de paiement en communication interactive.



- (1) La personne assurée présente **son ordonnance** au pharmacien avec sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa preuve temporaire d'admissibilité valides.
- (2) Le pharmacien inscrit à l'ordinateur les **données de l'ordonnance** nécessaires au traitement de la demande de paiement, qui est transmise en mode interactif à la Régie afin d'obtenir l'autorisation du paiement.
- (3) Le **traitement Régie** permet de vérifier les modalités de paiement applicables. Les données reçues à la Régie sont comparées à différentes règles et banques de données (admissibilité et contribution de la personne assurée, historique des demandes de paiement, admissibilité de la pharmacie et du pharmacien, *Liste de médicaments*, etc.).
- (4) Une fois toutes les vérifications terminées, la Régie avise immédiatement le pharmacien d'une autorisation de paiement ou du refus en lui précisant le montant qui lui sera remboursé et celui qui est exigé de la personne assurée à titre de franchise ou de coassurance, ou les **raisons qui motivent sa décision** en cas de refus.
- (5) Un **reçu** sur lequel sont indiqués les détails de la transaction est imprimé et remis à la personne assurée par le pharmacien.
- (6) Advenant une **situation particulière** (transaction refusée pour une personne non assurée, situation urgente ou qui nécessite une autorisation préalable de la Régie), le pharmacien pourra prendre contact avec le personnel du Centre de support aux pharmaciens (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).
- (7) Le Centre de support aux pharmaciens répond au pharmacien ou **achemine l'appel au secteur visé** (détails à la section 2.1 ou à l'introduction du manuel).
- (8) Pour répondre rapidement au pharmacien qui soumet un problème sur une transaction en cours, le Centre de support aux pharmaciens peut avoir accès à cette transaction au système d'assurance médicaments.
- (9) Pour certaines situations complexes qui ne sont pas décrites dans le *Manuel des pharmaciens*, le Centre de support aux pharmaciens peut inscrire une **autorisation spéciale** en direct au système d'assurance médicaments afin de permettre la transmission de la demande de paiement.

2.2.2 Transactions offertes

Le diagramme suivant illustre, de façon sommaire, les différentes transactions offertes par la communication interactive.



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 ou communiquer avec son développeur de logiciel.

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 service 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 (SSAAMMJJ);
 - 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.

2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel

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

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

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

■ Section D : Ordonnance et service professionnel

Les renseignements à fournir sont :

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

valeur

- le code du service professionnel effectué;

#	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance	O
	• exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique(*)	N
	• exécution et renouvellement d'une ordonnance d'un service chronique de moins de sept (7) jours(*)	6
	• médicament fourni sous la forme d'un pilulier - selon la règle 24(*)	P
	• pilulier selon la règle 25(*)	G
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive	E
	• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables(*)	F
	• fourniture de chambre d'espacement(*)	X
	• fourniture de masque (tarif = 0 \$)(*)	Y
	• traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes(*)	J
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral constitué d'un mélange de substances liquides à l'exception des préparations ophtalmiques(*)	L
	• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral(*)	M
	• préparation de capsules placebo(*)	B
	• préparation de sachets(*)	H
	• mise en seringue d'insuline(*)	I
	• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant(*)	K
	• mise en seringue de chlorure de sodium(*)	Q
	• exécution ou renouvellement d'une préparation de solution ophtalmique(*)	R
	• exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale(*)	T
	• préparation de capsules(*)	U
	• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement(*)	1
	• transmission d'un profil(*)	2
	• opinion pharmaceutique(*)	3
	• prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence(*)	4
	• transmission de demandes à la suite d'une dérogation - inscription rétroactive(*)	5
	• frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	8
	• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques(*)	7
	• service sur appel(*)	A
	• pharmacien désigné - rémunération mensuelle(*) (suspension depuis 2005)	S
#	• évaluation du besoin de la prescription d'un médicament(*)	V
#	• prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques(*)	W
#	• évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation(*)	Z

(*) Pour les services suivis d'un astérisque, voir les sections 2.3.4.1 à 2.3.4.17, 2.3.4.25 à 2.3.4.34, 2.3.4.36, 2.3.4.39 à 2.3.4.41 du présent onglet.

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

- le nombre de renouvellements;

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

Lorsque le renouvellement prescrit correspond à une période (ex. : 1 an, 6 mois, etc.) et que le nombre de renouvellements ne peut être calculé en un nombre exact de fois, il faut inscrire **99** dans ce champ. Quant à la date de fin de validité de l'ordonnance, il faut l'inscrire dans le champ prévu à cette fin, dans la forme suivante : SSAAMMJJ (ex. : 20160630).

valeur

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

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

- le code de sélection;

#	• champ laissé à blanc signifie « tel que prescrit »	
#	• choix du pharmacien de dispenser un médicament équivalent	3
#	• choix du prescripteur de « ne pas substituer » (*)	
#	- sans justification	1
#	- avec justification	
	• allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur	A
#	• intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur	B
#	• forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme	C
#	• (valide jusqu'au 3 octobre 2016) compte tenu de son état de santé et de la distance séparant son domicile du centre de perfusion où est administré l'Infectra ^{MC} , cette personne assurée doit se rendre au centre de perfusion le plus accessible, soit celui où est administré le Remicade ^{MC}	D
#	(*) En présence du code de sélection 1 (mention NPS sans code justificatif), la personne assurée aura à payer un excédent pour obtenir le médicament innovateur :	

À compter du 24 avril 2015 : pour toute nouvelle ordonnance écrite (N) ou verbale (V);

À compter du 1^{er} juin 2015 : pour tout renouvellement d'ordonnance écrite (S) ou verbale (R).

Dans certaines situations particulières, la justification de la mention NPS n'est pas requise. Ces situations sont documentées à la *Liste de médicaments* au point 2, Établissement du prix payable.

- le format d'acquisition;

Inscrire le numéro correspondant au conditionnement acheté;

- la source d'approvisionnement;

Inscrire la lettre correspondant au grossiste d'où provient le produit dispensé. Ne rien inscrire si la source d'approvisionnement est un fabricant (voir la *Liste de médicaments* - Annexe III, Liste des fabricants de médicaments et des grossistes en médicaments);

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

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

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

- le type de service exécuté;

#	Pour les codes de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation de solution ophtalmique, du traitement de substitution aux opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament et de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, inscrire également le type de service exécuté. (voir les sections 2.3.4.1, 2.3.4.25 à 2.3.4.27, 2.3.4.36, 2.3.4.39 et 2.3.4.40).
---	--

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

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

- le code d'intervention ou d'exception;

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

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

	valeur
• une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie	CS
• pour modifier la durée de traitement à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire)	CV
• situation particulière - ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie	DN
S	
S	
#	
• service sur appel pour un second déplacement, même jour	FB
• confirmation de services rendus au privé	IP
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire adulte	MA
• preuve d'admissibilité temporaire pour un prestataire à charge	MB
• pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité	MG
• montant supérieur à 1 000 \$	MP
• pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière	MQ
• pour indiquer une pharmacothérapie initiale	MT
• pilule du lendemain (facturation d'un format complet)	PL
• pour permettre la facturation en piluliers (code de service G ou P) d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format.	PI
• pharmacie désignée contactée ou non	UI
• PAE sous contrôle en situation d'urgence - pathologie aiguë	VE
• pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)	DQ

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

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

*Codes d'intervention ou d'exception pour le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement (voir la section 2.3.4.4)*

*Codes d'intervention ou d'exception désignant le type d'opinion pharmaceutique (voir la section 2.3.4.5)*

*Codes d'intervention ou d'exception désignant la raison motivant le transport d'urgence des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques (voir la section 2.3.4.30)*

- # *Codes d'intervention ou d'exception pour l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament (voir la section 2.3.4.39)*
- # *Codes d'intervention ou d'exception pour le service de prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (voir la section 2.3.4.40)*
- 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
 - autres types d'infirmiers 82XXXX à 87XXXX
 - 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 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 du Québec.	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 :
 - 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 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.
 - exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un médicament magistral M
- # Le montant du service au 20 juin 2015 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 *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*) selon qu'il s'agisse d'une :
 - préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste de médicaments* et qui renferme une substance active A
 - préparation d'un rince-bouche résultant du mélange :
 - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou B
 - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants B
 - préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste de médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants C
 - préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, **à l'exception** d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 % D
 - préparation ophtalmique renfermant :
 - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou; E
 - de la gentamicine ou de la tobramycine dans des concentrations de 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
 - # • préparation pour usage oral de benzoate de sodium H

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 : A à H	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'espace

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- Inscrire le code de service:

- fourniture de chambre d'espace X

Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

- fourniture de masque pour chambre d'espace à 0,00 \$; il est inclus dans les honoraires de la fourniture de chambre d'espace 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° pharmacien instrumentant
N° de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu

2.3.4.2.2 Fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables

■ **Principes à respecter :**

- Le coût du service prévu pour la fourniture de seringues-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 20 juin 2015 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 20 juin 2015 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 20 juin 2015 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° pharmacien instrumentant
N° 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 20 juin 2015 a été établi à 19,79 \$.	
#	- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant au type de l'opinion pharmaceutique;	
	• Allergie : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UO
	• Allergie : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WA
	• Allergie : substituer un médicament prescrit par un autre	WB
	• Opinion et calendrier de sevrage relatifs aux médicaments benzodiazépines	VB
	• Contre-indication : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WC
	• Contre-indication : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement	WD
	• Contre-indication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WE
	• Contre-indication : substituer un médicament prescrit par un autre	WF
	• Duplication : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WG
	• Duplication : modifier le traitement prescrit	WH
	• Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WI
	• Effet indésirable ou intolérance observés : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UP
	• Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WJ
	• Effet indésirable ou intolérance observés : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	UB
	• Effet indésirable ou intolérance observés : substituer un médicament prescrit par un autre	UD
	• Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WK
	• Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WL
	• Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv).	WM
	• Inefficacité : Substituer un médicament prescrit par un autre	WN
	• Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit	WO
	• Grossesse ou allaitement : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UR
	• Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WP
	• Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WQ
	• Grossesse ou allaitement : substituer un médicament prescrit par un autre	UV
	• Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit	WR
	• Innocuité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique	WS
	• Innocuité : diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WT
	• Innocuité : réduire la durée du traitement prescrit	WU
	• Innocuité : substituer un médicament prescrit par un autre	WV
	• Interaction : interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement	WW
	• Interaction : interrompre la prise d'un médicament prescrit	UQ
	• Interaction : empêcher la prise d'un médicament prescrit	WX
	• Interaction : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit	WY
	• Interaction : substituer un médicament prescrit par un autre	UT
	• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité	WZ
	• Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables	XA
	• Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10	XB
	• Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale	XC
	• Asthme : inobservance au traitement, surconsommation	XD
	• Asthme : inobservance au traitement, sous-consommation	XE
	• Tuberculose : inobservance au traitement, surconsommation	XF
	• Tuberculose : inobservance au traitement, sous-consommation	XG
	• Dyslipidémies : inobservance au traitement, surconsommation	XH
	• Dyslipidémies : inobservance au traitement, sous-consommation	XI
	• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, surconsommation	XJ

Codes d'intervention ou d'exception désignant le type d'opinion pharmaceutique (suite)

• Maladies cardiaques : inobservance au traitement, sous-consommation	XK
• hypertension artérielle : inobservance au traitement, surconsommation	UX
• hypertension artérielle : inobservance au traitement, sous-consommation	UY
• Diabète de type II : inobservance au traitement, surconsommation	XL
• Diabète de type II : inobservance au traitement, sous-consommation	XM
• Épilepsie : inobservance au traitement, surconsommation	XN
• Épilepsie : inobservance au traitement, sous-consommation	XO
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, surconsommation	XP
• Utilisation des psychotropes : inobservance au traitement, sous-consommation	XQ
• Infection du VIH : inobservance au traitement, surconsommation	XR
• Infection du VIH : inobservance au traitement, sous-consommation	XS

- 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 20 juin 2015 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 20 juin 2015 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 20 juin 2015 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

- Inscire une durée de traitement de **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement).
- Inscire 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 20 juin 2015
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 \$

- Inscire 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.

#

2015-06-20

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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o 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.

#

2015-06-20

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.

#

2015-06-20

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.

#

2015-06-20

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 20 juin 2015 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.

Le montant du service au 20 juin 2015 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 20 juin 2015 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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.4.15 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 (SSAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

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

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

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

Section D :

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

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

- toutes les données des **sections A 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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o 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 (SSAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

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

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

	• programme « 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*).

■ **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	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 ^o pharmacien instrumentant
N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.17 Programme de gratuité des médicaments en situation de pandémie

Les **personnes admissibles au programme** sont celles qui résident au Québec, qui sont **inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec** et qui présentent **une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide** ont le droit de recevoir **gratuitement un ou plusieurs des médicaments** visés par la pandémie.

AVIS : Cette section est suspendue depuis le 3 octobre 2011.

Le pharmacien peut également être rémunéré par la Régie pour un service fourni à une personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide dans les cas suivants :

- 1° la personne est âgée de moins d'un an;
- 2° la personne est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et elle reçoit des services assurés sans autorisation parentale;
- 3° la personne présente une lettre de la Régie confirmant son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec.

Afin de permettre la facturation pour les clientèles mentionnées aux points 1 et 2, veuillez vous référer aux instructions de facturation présentes à l'onglet *Personnes assurées* dans le Manuel des pharmaciens.

Pour la clientèle mentionnée au point 3, vous devez transmettre la demande de paiement avec le code d'intervention ou d'exception « MA » habituellement utilisé avec une preuve temporaire d'admissibilité. De plus, vous devez conserver, dans la mesure du possible, une copie de cette lettre.

La **personne qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide** doit payer les services professionnels rendus. Par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin. Cependant, **le coût du médicament remboursé dans ce cas sera 0 \$ (zéro)** puisqu'il est fourni gratuitement aux pharmacies.

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

■ **Principes à respecter :**

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

valeur

- programme « Pandémie », **06**

Les services payables sont les suivants :

- l'exécution d'une ordonnance ou d'une ordonnance magistrale;
- le refus d'exécution d'une ordonnance;
- l'opinion pharmaceutique;
- le service sur appel;
- médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 (code de service P);
- pilulier selon la règle 25 (code de service G).

Section D :

- Inscire le code DIN du médicament.

Remarque : Malgré le fait que le médicament soit fourni gratuitement par la réserve provinciale du MSSS, celui-ci doit être inscrit sur la demande de paiement avec un coût égal à zéro.

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

- toutes les données des sections **A 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	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
#	Format d'acquisition du médicament		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	Code de programme : 06

2.3.4.18 Prestataire visé par le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (pharmacien désigné) : rémunération mensuelle

AVIS : Cette section est suspendue depuis janvier 2005.

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

Pour agir à titre de pharmacien désigné, le pharmacien reçoit une rémunération mensuelle de 20 \$ pour le mois ou la partie du mois, et ce, pour chaque détenteur de carnet visé par cette surveillance.

■ Principes à respecter :

- La rémunération mensuelle doit être facturée seule sur une demande de paiement.
- La date de service à inscrire sur la demande de paiement est **le dernier jour du mois** ou **le dernier jour de la partie du mois** (s'il y a un changement de pharmacien désigné au cours d'un mois, ce qui est exceptionnel).

Exemple :

date de validité du carnet de réclamation : du 1^{er} au 31 juillet 2005.
date de service à inscrire : 05-07-31

Si le détenteur change de pharmacien désigné le 16 juillet 2005 :

date de service à inscrire par le premier pharmacien désigné : 05-07-15
date de service à inscrire par le deuxième pharmacien désigné : 05-07-31

- Le numéro de l'ordonnance **doit être un numéro de référence différent** chaque mois pour la personne assurée.
- Aucun code DIN n'est requis sur la demande de paiement.

valeur

- Inscrire le code de service;

• pharmacien désigné - rémunération mensuelle S

- Inscrire le numéro et le type du médecin traitant principal ou celui d'un des prescripteurs pendant le mois.

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

- toutes les données des **sections A et C**;
- les données de la **section B** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus sur la date de service.
- les données suivantes de la **section D**:

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

2.3.4.19 Pharmacien désigné contacté ou non contacté

AVIS : Cette section est suspendue depuis janvier 2005.

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

■ **Principes à respecter :**

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

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

valeur

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

- pharmacie désignée contactée (ou non) UI

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

- **Si le pharmacien désigné ne peut être contacté :**

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

- pharmacie désignée contactée (ou non) UI

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif ou anticipé)

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

■ Détermination de la date prévue du renouvellement :

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

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

#	Date de service de la demande de paiement en traitement :	2016-12-30
#	Date de service de la demande de paiement antérieure :	2016-12-04
	Durée de traitement de la demande de paiement antérieure :	30 jours
#	Date prévue du renouvellement :	2017-01-03 (2016-12-04 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement suivant :	2017-02-02 (2017-01-03 + 30 jours)
#	Date prévue du renouvellement subséquent :	2017-03-04 (2017-02-02 + 30 jours)
	Et ainsi de suite	

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

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

■ Renouvellement hâtif :

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

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

Les messages d'erreur signalant cette situation sont :

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

■ Renouvellement anticipé :

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

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

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

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

■ **Principes à respecter :**

Renouvellement hâtif (écart supérieur à la marge de manoeuvre permise) :

Lorsque le pharmacien fournit un médicament avant la date prévue de renouvellement et transmet une demande de paiement faisant l'objet d'un renouvellement hâtif, il **doit** en indiquer la raison à l'aide du code d'intervention ou d'exception approprié.

Renouvellement anticipé (écart inférieur à la marge de manoeuvre permise) :

Lorsque le pharmacien fournit un médicament avant la date prévue de renouvellement faisant l'objet d'un renouvellement anticipé, il **peut** indiquer la raison propre à la situation à l'aide du code d'intervention ou d'exception approprié.

Remarque : Certains codes utilisés pour justifier un renouvellement prématuré (hâtif ou anticipé) interrompent le processus de l'établissement de la date prévue du renouvellement pouvant influencer le mois de la perception de la contribution. Les écarts sont alors effacés de la mémoire du système informatique. Généralement, ces codes justifient que la personne n'a plus de médicament en sa possession pour une raison ou une autre. Alors, le service en traitement est considéré comme le premier service de la chaîne de traitement des demandes de paiement du médicament en cause.

valeur

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

- médicament facturé avec le NAM d'un parent (dans les cas où le parent et l'enfant de moins d'un an sans NAM consomment le même médicament) DF
- même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la Liste de médicaments) mais facturé pour des ordonnances différentes DG
- synchronisation des ordonnances dans le respect de la règle 19 de l'Entente (dans le but de synchroniser les visites à la pharmacie, le pharmacien fournit une quantité supérieure à celle prescrite) DH
- anticipation - pharmacie fermée à la date prévue du renouvellement DI
- anticipation - déplacement ou livraison impossible à la date prévue du renouvellement DJ
- anticipation - médicament utilisé dans deux lieux différents DK
- anticipation - médicament requis lors du rendez-vous médical DL
- autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui interrompt le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement DM
- non-respect de la posologie (pour différents motifs, la personne n'a pas respecté la posologie prescrite et n'a plus de médicament en sa possession) DO
- anticipation - correction de la durée de traitement FA
- autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la Régie qui n'interrompt pas le processus de l'établissement de la date prévue de renouvellement FC
- oubli des médicaments lors d'un voyage ME
- changement de posologie MN
- vol, perte ou bris de médicament MR
- départ en voyage avant la date de renouvellement. MV

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

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

#

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

2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité

Exceptionnellement, il est possible de modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité lorsqu'il y a eu une erreur d'inscription sur la demande de paiement de l'ordonnance originale.

Il est aussi possible de le faire si le pharmacien doit ajuster le nombre de renouvellements à la suite d'une modification apportée à la quantité fournie au cours de la période de validité de l'ordonnance (voir la Règle 19 a) de l'annexe II de l'Entente).

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
 - pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité MG
- Inscrire le nombre de renouvellements restants en tenant compte de la correction apportée;

Exemple (lorsqu'il y a eu une erreur d'inscription sur la demande de paiement de l'ordonnance originale) :

Le nombre de renouvellements inscrit sur l'ordonnance originale aurait dû être 15, mais le pharmacien avait inscrit 12. À ce jour, 10 renouvellements ont été facturés. Donc, en utilisant le code d'intervention particulier, inscrire « 5 » comme nombre de renouvellements restants.
- Modifier la date de fin de validité, le cas échéant.

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

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

#

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

2.3.4.22 Dépassement de la quantité maximale journalière

Une demande de paiement est refusée s'il y a dépassement de la quantité maximale journalière de médicament déterminée par décision administrative de la Régie, pour repérer les erreurs de facturation. Après vérification de la quantité de médicament et de la durée du traitement inscrites sur la demande de paiement transmise à la Régie, le pharmacien peut confirmer la conformité de ces données en inscrivant le code d'intervention ou d'exception particulier, ce qui permettra au système d'autoriser la demande de paiement.

■ **Principe à respecter :**

valeur

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

- pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière. MQ

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

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

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

#

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

2.3.4.23 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$

Un message d'erreur est envoyé au pharmacien si la somme des coûts du médicament et du service dépasse 1 000 \$.

Après vérification du montant facturé, le pharmacien peut confirmer la conformité de cette donnée en inscrivant le code d'intervention ou d'exception particulier.

■ **Principe à respecter :**

valeur

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

- montant supérieur à 1 000 \$. MP

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

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

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

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

2.3.4.24 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)

Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale peut confirmer l'admissibilité d'une personne à recevoir des services pharmaceutiques visés par la *Loi sur l'assurance médicaments* avant qu'elle obtienne un carnet de réclamation ou qu'elle soit inscrite sur le carnet de réclamation d'un prestataire (exemple : conjoint ou enfant à charge).

Le ministère émet un document intitulé *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments* au nom de la personne en cause (voir la section 1.1.3 de l'onglet *Personnes assurées* pour la description des renseignements inscrits sur ce document).

Le document *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments* est valide **à partir de la date d'admissibilité inscrite sur le document et il ne doit être utilisé que durant le mois courant.**

Sur présentation du document, le pharmacien transmet une ou des demandes de paiement à la Régie en y inscrivant le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation. De plus, il conserve dans le dossier de la personne assurée le document *Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments*.

■ Principe à respecter :

valeur

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

- preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte MA
- preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge MB

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

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

2.3.4.25 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 20 juin 2015 ont été établis à 8,96 \$ et à 8,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

#

Tarif au 2015-06-20

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 élastomériques avec préparation	18,69	14,92
J	- Perfuseurs élastomériques 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 20 juin 2015 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° pharmacien instrumentant
N° 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 2015-06-20	
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 20 juin 2015 pour 10 seringues sera calculé ainsi :

$$\begin{array}{rclcl}
 \text{Tarif de la première unité} & + & \text{Tarif des unités suivantes} & = & \text{Montant total autorisé} \\
 5,60 \$ & + & (9 \times 2,81 \$) & = & 30,89 \$
 \end{array}$$

- 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 20 juin 2015 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).

#

Type	Description	Tarif au 2015-06-20 par unité
A	Préparation ophtalmique	15,86 \$

Exemple : Le montant du service autorisé au 20 juin 2015 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 20 juin 2015), 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 20 juin 2015, 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 20 juin 2015 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	N ^o pharmacien instrumentant
	N ^o de prescripteur	Type de prescripteur	

2.3.4.30 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques

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

- Afin d'assurer la continuité d'un traitement requis pour les premières 24 heures;
- Afin d'assurer la continuité d'un traitement lorsqu'il y a changement de posologie;
- Afin d'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;
- Afin de maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures;
- Afin d'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).

Si deux ou plusieurs paquets font l'objet d'un même envoi, un seul frais de transport est payable et doit être facturé sous l'un ou l'autre des numéros d'ordonnance.

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

- Inscrire le code de service :

- transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques. 7

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.

- Inscrire le montant réel encouru. Pour les montants supérieurs à 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir une autorisation préalable de la Régie en communiquant avec le Centre de support aux pharmaciens. Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la Régie.

- Inscrire le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance de la préparation stérile.

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence :

- 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

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

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

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

2.3.4.31 Transmission d'un profil

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

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

- Inscrire le code de service;
 - transmission d'un profil. 2

Le montant du service au 20 juin 2015 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

2.3.4.32 Demandes de dérogation pour inscription rétroactive

La règle 28 de l'Entente prévoit une rémunération lorsqu'un pharmacien demande une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime public d'assurance médicaments. 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 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 20 juin 2015 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 ^o pharmacien instrumentant	N ^o de prescripteur
Type de prescripteur		

2.3.4.33 Pilulier selon la règle 25

La règle 25 de l'Entente prévoit, lorsque l'ordonnance est fournie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24, que le tarif hebdomadaire applicable 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 20 juin 2015 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

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

La règle 25 de l'Entente des pharmaciens prévoit des tarifs calculés 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.

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;
- les médicaments assujettis au *Règlement sur les stupéfiants (narcotiques)*;
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19.

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

Maladie chronique

La rémunération de chaque service est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés (90 jours de traitement maximum). Cependant, les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19 sont exclus de cette rémunération.

■ **Principes à respecter :**

- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide;

valeur

- Inscrire le code de service;

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

Le montant du service au 20 juin 2015 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

Services chroniques de moins de 7 jours

Lorsque le pharmacien fournit un médicament pour une durée de traitement de moins de sept jours pour les cas suivants (selon la quantité inscrite sur l'ordonnance) :

- de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée;
- de VIH;
- de tuberculose;
- de traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes,

la facturation pour l'ensemble de la médication de la personne assurée doit s'effectuer comme suit, pour une même date de service et une même durée de traitement de moins de sept jours :

- la rémunération de la première ordonnance doit correspondre à l'exécution ou renouvellement d'une ordonnance (code de service « O »);
- la rémunération des ordonnances subséquentes doivent correspondre à l'exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de sept jours (code de service « 6 »).

■ Principes à respecter :

- La durée du traitement doit être de moins de sept jours;
- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide;

valeur

- Inscrire le code de service;

- exécution et renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours 6

Lors de l'exécution d'une ordonnance, le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 4,67 \$ et à 4,37 \$ lorsque le plafond d'ordonnances est atteint.

Lors du renouvellement d'une ordonnance, le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 4,48 \$ et à 4,19 \$ 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 : 6	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

2.3.4.35 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 20 juin 2015 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

2.3.4.36 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*

- Incrire le code de service;

- traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes J

- Incrire 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 20 juin 2015 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 \$

- Incrire 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;

- Incrire 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 ^o de prescripteur	Source d'approvisionnement de chaque composante, s'il y a lieu
Durée de traitement	N ^o 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.

2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible

Le système refuse la facturation partielle d'un produit de format indivisible lorsqu'il est fourni sous la forme d'un pilulier (code de service P ou G). Afin de permettre la facturation des produits « Anovulants » dont la quantité facturée est une fraction de la quantité du format, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier.

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

- Inscrire un des codes de service suivants;

- médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la règle 24 P
- pilulier selon la règle 25 G

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

- pour permettre la facturation en piluliers d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format PI

■ **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 : P ou G	Code DIN de l'anovulant
Nature/expression de l'ordonnance	Montant du service : déterminé selon le code de service	Format d'acquisition de l'anovulant
Code de sélection		Quantité de l'anovulant
Nombre de renouvellements	Type de prescripteur	Montant de l'anovulant
Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu	N° de prescripteur	Source d'approvisionnement de l'anovulant, s'il y a lieu
Durée de traitement selon le nombre de piluliers servis	N° pharmacien instrumentant	Code d'intervention ou d'exception : PI

2.3.4.38 Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons)

Concernant le remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons, certaines clientèles particulières peuvent être exemptées du paiement excédentaire lié à l'application du prix maximum payable (PMP) ou du prix le plus bas (PPB). Pour ce faire, une demande d'exemption du prix maximum payable (formulaire 8500) pour le médicament doit être autorisée par la Régie.

Si le code de produit facturé est celui pour lequel une demande d'exemption a été approuvée par la Régie, aucun excédent ne sera calculé pour la personne assurée.

Par contre, si le code de produit facturé est différent de celui inscrit sur la demande d'exemption (même dénomination commune) et que la facturation doit être acceptée telle quelle, le pharmacien doit inscrire le code d'intervention ou d'exception particulier à cette situation.

■ Principes à respecter :**valeur**

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

- pour permettre la facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien. DQ

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

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

2.3.4.39 Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament

Le pharmacien peut évaluer le besoin d'un traitement médicamenteux pour l'une ou l'autre des conditions mineures ou lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Conformément à la décision rendue au patient, le pharmacien prescrit ou non un médicament pour la condition évaluée. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

■ Principes à respecter :

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;

valeur

- Inscrire le code de service;

- service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament V

Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 16,00 \$.

Pour le traitement de conditions mineures

- Inscrire le type de service;

- pour le traitement de conditions mineures A

- Identifier un seul code d'intervention pour la condition mineure;

- la rhinite allergique GA
- l'herpès labial GB
- l'acné mineure (sans nodule ni pustule) GC
- la vaginite à levure (*) GD
- l'érythème fessier GE
- la dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée GF
- la conjonctivite allergique GG
- le muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde GH
- les aphtes buccaux GI
- la dysménorrhée primaire (*) GJ
- les hémorroïdes GK
- l'infection urinaire chez la femme (*). GL

(*) Les codes GD, GJ et GL sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

Pour le traitement des cas où aucun diagnostic n'est requis

- Inscrire le type de service;

- pour les cas où aucun diagnostic n'est requis B

- Identifier un seul code d'intervention pour les cas nécessitant aucun diagnostic;

- la diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation HA
- la prophylaxie du paludisme HB
- supplémentation vitaminique en périnatalité (*) HC
- les nausées et vomissements reliés à la grossesse (*). HD
- la cessation tabagique (excluant la prescription de la varenicline et du bupropion HE
- contraception hormonale à la suite d'une prescription d'un médicament requis à des fins de
contraception orale d'urgence, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut
être prolongée pour une durée maximum de 3 mois (*) HF
- pédiculose HG
- prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve HH
- prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque HI
- prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou
du sildénafil) HJ

(*) Les codes HC, HD et HF sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

■ **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 : V	Code d'intervention ou d'exception : inscrire un seul code
Nature/expression de l'ordonnance : N	Montant du service	N° de prescripteur : 4XXXXX
Type de prescripteur : 56	Type de service : A ou B	N° pharmacien instrumentant

2.3.4.40 Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques

Le pharmacien peut prendre en charge l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, préalablement fournies par le médecin traitant.

La prise en charge se divise en trois catégories de champs thérapeutiques :

Catégorie	Champ thérapeutique
1	Hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)
2	Diabète insulino-dépendant
3	Anticoagulothérapie

Le service comprend une rencontre initiale et par la suite, des rencontres de suivi. Le tarif de ce service est associé au type de service et au nombre de rencontres.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

■ **Principes à respecter :**

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;

valeur

- Inscrire le code de service;

- service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques W

- Inscrire le type de service qui identifie les rencontres initiales, les rencontres de suivi et l'arrêt de prise en charge en tenant compte des catégories de champs thérapeutiques;

- Catégories 1 et 2
 - A : Rencontre initiale catégories 1 et 2
 - B : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 1
 - C : Prise en charge, montant forfaitaire annuel catégorie 2
- Catégorie 3
 - D : Rencontre initiale
 - E : Prise en charge, montant forfaitaire mensuel
- Catégories 1, 2 et 3
 - Z : Arrêt de prise en charge toute catégorie

- Identifier par un code d'intervention le champ thérapeutique (voir le tableau). Lors d'une rencontre initiale pour les catégories 1 et 2, il peut y avoir plusieurs codes d'intervention. Toutefois, pour les rencontres initiales ou de suivi de catégorie 3 ainsi que pour un arrêt de prise en charge, un seul code d'intervention doit être présent;

Catégorie	Code d'intervention	Description du code d'intervention
1	KA	Hypertension artérielle
1	KB	Dyslipidémie
1	KC	Hypothyroïdie
1	KD	Diabète non insulino-dépendant
1	KE	Migraine (traitement prophylactique)
2	KF	Diabète insulino-dépendant
3	KG	Anticoagulothérapie

- Les montants du service au 20 juin 2015 se trouvent dans le tableau suivant; ils sont conséquents du type de service effectué;

Type de service		Code d'intervention	Tarif (\$)	Information supplémentaire
A	Rencontre initiale	KA à KF	15,50	Un seul code d'intervention
	Catégories 1 et 2		19,50	Deux codes d'intervention et plus
B	Prise en charge, Catégorie 1	KA à KE	Forfait annuel ¹ 40,00 20,00 par réclamation Maximum de 2 réclamations rémunérées par année	Un minimum de 2 interventions de suivi par année auprès du patient, spécifiques à l'atteinte des cibles, sont exigées. Les interventions doivent être documentées au dossier du patient.
C	Prise en charge, Catégorie 2	KF	Forfait annuel ¹ 50,00 16,67 par réclamation Maximum de 3 réclamations rémunérées par année	Un minimum de 3 interventions de suivi par année auprès du patient, spécifiques à l'atteinte des cibles, sont exigées. Les interventions doivent être documentées au dossier du patient.
D	Rencontre initiale Catégorie 3	KG	18,50	
E	Prise en charge, montant forfaitaire mensuel Catégorie 3	KG	Forfait mensuel de 16,00	Maximum 1 réclamation rémunérée par mois
Z	Arrêt de prise en charge ²	KA à KG	s/o	

1. Si une personne assurée a une prise en charge sur plusieurs champs thérapeutiques, le tarif du forfait annuel est réduit de 50 % pour le deuxième champ thérapeutique pris en charge ainsi que pour les champs thérapeutiques subséquents, s'il y a lieu.
2. Si une personne assurée a une prise en charge sur plusieurs champs thérapeutiques et s'il y a un arrêt de prise en charge en lien avec le premier champ thérapeutiques traité, le deuxième champ thérapeutique traité deviendra payable à plein tarif. Les autres demeureront payables à 50 %.

■ **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 : W	Code d'intervention ou d'exception : inscrire le ou les code(s) approprié(s)
Nature/expression de l'ordonnance : N	Montant du service :	N ^o de prescripteur : 4XXXXX
Type de prescripteur : 56	Type de service : inscrire le type de service approprié	N ^o pharmacien instrumentant

2.3.4.41 Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation

Pour une personne assurée concernée, ce service est payable une seule fois par période de 12 mois, et ce, peu importe le nombre d'ordonnances prolongées.

Ce service n'est cependant pas facturable lorsque, lors de l'évaluation, le pharmacien en arrive à la décision de prolonger une ou plusieurs ordonnances pour une durée de traitement de 30 jours ou moins.

La contribution de la personne assurée s'applique à ce nouveau service.

■ Principes à respecter :

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite;
- Le numéro du prescripteur doit correspondre au numéro d'inscription du pharmacien à la Régie;
- Inscrire un nouveau numéro d'ordonnance pour chaque facturation;

valeur

- Inscrire le code de service;

- service de l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation Z

Le montant du service au 20 juin 2015 a été établi à 12,50 \$, une seule fois par personne assurée, par période de 12 mois pour l'ensemble des pharmacies.

- La durée totale de traitement pour au moins une des ordonnances faisant l'objet du service de prolongation doit être plus grande que 30 jours;

Par exemple, vous renouvelez trois ordonnances dont les durées de traitement sont :

- ordonnance 1 : durée de traitement totale de 15 jours
- ordonnance 2 : durée de traitement totale de 31 jours
- ordonnance 3 : durée de traitement totale de 60 jours

Si seule l'ordonnance 1 est prolongée, le service de prolongation n'est pas payable.

Dans cet exemple, puisque les ordonnances 2 et 3 sont également prolongées pour des durées de traitement de plus de 30 jours, un seul service de prolongation est payable.

■ 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 : Z	Type de prescripteur : 56
Nature/expression de l'ordonnance : N	Montant du service	N ^o de prescripteur : 4XXXXX
Durée de traitement : > 30		N ^o pharmacien instrumentant

2.3.4.42 Nouvelles activités professionnelles non rémunérées

Les nouvelles activités professionnelles non rémunérées sont des services assurés. Elles ne peuvent en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant au niveau du régime public que des régimes privés.

Les nouvelles activités professionnelles non rémunérées sont :

- Le service de substitution du médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement au Québec;
- Le service d'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié;
- Le service de prescription d'analyse de laboratoire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse;
- L'ajustement d'une ordonnance d'un médecin en modifiant la forme, la dose afin d'assurer la sécurité du patient, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit.

2.3.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la Régie

2.3.5.1 Médicament d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament d'exception pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation, inscrit le code de programme 41.

À compter du 25 avril 2007, un nouveau mécanisme qui s'appuie sur une **codification des indications reconnues** s'ajoute à ceux offerts par la Régie pour donner accès à certains médicaments d'exception. Pour donner accès aux médicaments visés par la codification aux personnes qui répondent aux critères, le prescripteur peut opter pour le mécanisme de codification ou obtenir une autorisation via les mécanismes traditionnels (soumettre une demande d'autorisation papier ou en ligne).

Un répertoire sur ces médicaments est disponible dans le site Internet de la Régie. Il regroupe toute l'information sur les indications reconnues pour leur paiement.

Remarque : Voir la section *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments d'exception.

■ Principes à respecter :

valeur

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

• médicament d'exception 41

■ Renseignements à inscrire sur la demande de paiement :

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

- toutes les données de la **section C** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus;

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

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

2.3.5.2 Mesure du patient d'exception

Le pharmacien qui remplit une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament visé par la mesure du patient d'exception, inscrit le code de programme 40 pour lequel le service de l'expertise pharmaceutique a émis une autorisation.

Remarque : Voir la section *Renseignements généraux* de la *Liste de médicaments*, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments visés par la « Mesure du patient d'exception ».

■ **Principes à respecter :**

valeur

- Inscrire le code de programme auquel s'applique la demande de paiement;
 - patient d'exception 40
 - Inscrire le code de médicament (DIN) paraissant sur la lettre d'autorisation de la Régie.
Si absent :
 - Inscrire le même code de médicament (DIN) qui figure dans la liste que le pharmacien utilise pour la facturation aux tiers payeurs (assurances privées);
 - ou**
 - Inscrire le code de médicament (DIN) inscrit sur l'étiquette du contenant du médicament autorisé si ce dernier n'est pas dans la liste précitée (tiers payeurs : assurances privées).
- Dans tous les cas, inscrire 0 dans le champ format d'acquisition.

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

- toutes les données des **sections A et B**;
- toutes les données de la **section C** en tenant compte du principe mentionné ci-dessus;
- les données suivantes de la **section D**;

Numéro de l'ordonnance	Code de service : correspondant à la situation	Code DIN du médicament
Nombre de renouvellements	Nature/expression de l'ordonnance	Code de sélection
Format d'acquisition : 0	Source d'approvisionnement	Quantité 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	Date de fin de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu.

2.3.5.3 Considération spéciale

Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :

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

La demande de paiement pour un service assuré faisant l'objet d'une considération spéciale sera refusée à moins que le pharmacien n'ait obtenu préalablement une autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite de la Régie (voir la section 2.1 *Assistance aux pharmaciens*).

Les modalités d'établissement du montant du médicament ou de la fourniture et celui du service seront déterminées au moment de l'autorisation téléphonique ou exceptionnellement écrite, à la suite de l'expertise d'un pharmacien de la Régie.

■ **Principe à respecter :**

valeur

- Inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation;
 - une préautorisation téléphonique a été obtenue de la Régie CS

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

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

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

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

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

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

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

■ **Principes à respecter :**

valeur

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

- ordonnance de longue durée préautorisée par la Régie DN

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

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

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

2.3.6 Réponse à une transaction de demande de paiement

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

Les renseignements transmis par la Régie sont les suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ **Section B : données de dispensation**

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

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

- le numéro d'assurance maladie (champ non obligatoire).

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

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

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

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

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

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

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

2.5 TRANSACTION DE SOMMAIRE JOURNALIER

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

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

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

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

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

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

2.6 TRANSACTION DE DÉTAIL JOURNALIER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7 REÇU DE LA PERSONNE ASSURÉE

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

EXEMPLE DE REÇU

Pharmacie XYZ						
Adresse ligne 1						
Adresse ligne 2, Tél. : 123-4567						
PATIENT: M. Untel Jean						
Adresse ligne 1						
Adresse ligne 2						
SPÉCIMEN						
QUANTITÉ	MÉDICAMENT					
NUMÉRO RX	PRESCRIPTEUR					
30.0	XXXXXXXXXXXXX DIN : 03333333					
333333	DR : NOM, PRÉNOM					
COÛT DE L'ORDONNANCE:						
MONTANT ASSURÉ - RAMQ:						
EXCÉDENT NON ASSURÉ:	0,00					
MONTANT PAYÉ - RAMQ:						
ÉTAT DES CONTRIBUTIONS						
AN	MOIS	COÛT	FRANCHISE	COASSURANCE	PAYÉES À	RESTE AVANT
		PAR PÉRIODE			CE JOUR	PLAFOND
20AA	JUILLET					
TOTAL					Total contribution :	
					Total à payer :	
MESSAGE LIGNE 1						
MESSAGE LIGNE 2						
MESSAGE LIGNE 3						
NUMÉRO DE RÉF. : 22223						
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 : <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrer une demande de paiement : 01 - Annuler une demande de paiement : 11 - Consulter le sommaire journalier : 30 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31 - Consulter le détail des annulations traitées : 32 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33
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 : 2016-07-01. 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 (◆)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - programme MTS avec particularité (traitement d'une personne atteinte de MTS) = 1K - programme MTS avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS) = 1L - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement d'une personne atteinte de tuberculose) = 2K - programme « Tuberculose » avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose) = 2L - programme « 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 <p>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>.</p>
32	Numéro de la personne assurée en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) figure sur la demande de paiement : <ul style="list-style-type: none"> - vérifier s'il correspond à celui de la carte d'assurance maladie, du carnet de réclamation ou de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas sur la demande de paiement :</p> <p>2.1 vérifier s'il s'agit d'un détenteur d'un carnet de réclamation ayant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Si oui, inscrire « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte » avec le code d'intervention et d'exception « MA », « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge » avec le code d'intervention et d'exception « MB » ou preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi « MB »;</p> <p>Si la « preuve temporaire d'admissibilité » concerne un prestataire à charge de moins d'un an (lien de parenté = 2), vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide.</p> <p>OU</p> <p>2.2 S'il s'agit d'une personne âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans sans carte ou d'une personne requérant des services urgents sans carte : communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir le numéro d'assurance maladie (NAM).</p> <p>Voir section 1.3 <i>Identification de la personne assurée.</i></p>
34	Date de naissance en erreur	<p>1. La date de naissance est obligatoire.</p> <p>2. Si elle est inscrite sur la demande de paiement, vérifier si elle est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>1. Le lien de parenté est obligatoire.</p> <p>2. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détenteur de carte (valeur par défaut) = 0; - dépendant mineur sans carte (0 - 1 an) = 2. <p>Voir section 2.3.3. <i>Données de facturation - cas régulier - section C.</i></p>
37	Prénom de la personne en erreur	<p>1. Le prénom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>
38	Nom de la personne en erreur	<p>1. Le nom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
40	Code du sexe de la personne en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le sexe de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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.
#		<ol style="list-style-type: none"> 3. En présence du ou des codes d'intervention « GD », « GJ », « GL », « HC », « HD » et « HF », le code de sexe doit correspondre à « F » (féminin). Vérifier si le code de sexe « F » est inscrit sur la demande de paiement.
52	Nature de l'ordonnance en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nature de l'ordonnance est obligatoire, sauf pour les 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 : <ul style="list-style-type: none"> - nouvelle ordonnance écrite = N; - nouvelle ordonnance verbale = V; - renouvellement ordonnance écrite = S; - renouvellement ordonnance verbale = R. <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> 2. La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».
#		
54	Nombre de renouvellements en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le numéro d'ordonnance est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement. 2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.
56	Code de produit en erreur pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le code de produit (DIN) est obligatoire, sauf pour les codes de service suivants : « 2 », « 3 », « 4 », « 5 », « 7 », « 8 », « A », « S », « V », « W » ou « Z ». Pour tous les autres services, vérifier si le code de produit (DIN) est inscrit tel qu'indiqué dans la <i>Liste de médicaments</i>. <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p> 2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme 40 ou 41); <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>OU</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		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 égale à 0.
#		4. Le code de produit doit être à blanc pour les codes de service « V », « W » ou « Z ».
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> .
#		2. Le code de service doit être valide à la date de service de la réclamation.
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, V, W, Z; 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, V, W;
#		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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>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.</p> <p>S'il s'agit d'une pathologie aiguë nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 5 jours, inscrire le code d'intervention/exception « VE » sur la demande de paiement. Voir la Règle 26 b) de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (nature et expression = N ou V), la durée du traitement doit être égale à 7 jours; - s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance (nature et expression = S ou R), la durée du traitement doit être égale ou supérieure à 21 jours. <p>Voir la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</p> <p>5. La durée de traitement inscrite sur la demande de paiement excède 365 jours. Pour fins de calcul de la contribution, vous ne devez pas transmettre une demande de paiement dont la durée de traitement dépasse un an. Veuillez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#		6. La durée de traitement doit être supérieure à 30 jours pour le code de service « Z ».
#		7. La durée de traitement doit être inférieure à 7 jours pour le code de service 6.
60	Type de prescripteur en erreur	<p>1. Le type de prescripteur est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin du Québec et hors Québec inscrit à la Régie et résident en médecine du Québec (51); - optométriste du Québec (52); - podiatre du Québec (53); - sage-femme du Québec (54); - dentiste du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (55); - pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la Régie (56); - infirmier du Québec (57); - prescripteur hors du Québec non inscrit à la Régie (99). <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel</i>.</p>
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
61	NO ou nom de prescripteur invalide	<ol style="list-style-type: none"> 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 (5 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement. <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel - section D.</i></p>
62	Code de sélection en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si le code de sélection inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> # - mention sur l'ordonnance du prescripteur « ne pas substituer » = 1; # - substitution par le pharmacien du médicament prescrit = 3; # - tel que présent = à blanc. # - allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur = A # - intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur = B # - forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme = C # - (valide jusqu'au 3 octobre 2016) compte tenu de son état de santé et de la distance séparant son domicile du centre de perfusion où est administré l'Infectra^{MC}, cette personne assurée doit se rendre au centre de perfusion le plus accessible, soit celui où est administré le Remicade^{MC} = D <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i></p>
63	Type de service en erreur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues. <p>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>, 2.3.4.36 <i>Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes</i>, 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>
#64	Un seul code d'intervention est requis avec ce code et/ou type de service	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier la présence d'un seul code d'intervention sur la demande de paiement pour les codes de service « V » et « W ». <p>Voir sections 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament</i> et 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
65	Code d'intervention/exception en erreur : **	<ol style="list-style-type: none"> 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. <i>Voir section 2.3.3.2 Ordonnance et service professionnel.</i> 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). <i>Voir section 2.3.4.37 Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.</i>
#		
#		<ol style="list-style-type: none"> Le code d'intervention ou d'exception IP est permis pour certains médicaments seulement. Il est utilisé lorsque la personne assurée passe d'un assureur privé au régime public d'assurance médicaments. Le pharmacien confirme les services rendus au privé et la personne peut bénéficier d'une particularité reliée au coût du médicament.
#66	Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si le coût du médicament, du produit ou de la fourniture est inscrit sur la demande de paiement et qu'il respecte la longueur maximale permise (99999,99).
68	Frais de service en erreur	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si les frais de service inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique. <i>Voir onglet Tarif.</i>
76	NO de pharmacien absent/erreur/non admis	<ol style="list-style-type: none"> Le numéro de pharmacien instrumentant est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement. 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 *****	<ol style="list-style-type: none"> 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.	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier que le code de service inscrit sur la demande de paiement peut être réclamé avec un seul code de produit (DIN). 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 : *****	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé.
#		<ol style="list-style-type: none"> Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour le code de service M : - En présence du code de facturation 99101236, le type de préparation pour usage oral de benzoate de sodium doit correspondre à H et doit être accompagné d'un ou plusieurs solvants ou adjuvants.
82	DIN ***** déjà transmis sur la même demande de paiement	<ol style="list-style-type: none"> 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 *****	<ol style="list-style-type: none"> 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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 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.
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. : 160701. 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 00000000.
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. 2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement = 99. Si oui, s'assurer que la date de fin de validité est valide et dans le bon format.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#A1	Demande de paiement trop ancienne	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si le délai de transmission de 100 jours est dépassé. Pour être acceptée en communication interactive, la date de service doit se situer dans l'intervalle « date du jour moins (-) 99 jours ». Ex. : date du jour = 2016-07-01 moins (-) 99 jours = 2016-03-24; l'intervalle des dates de service acceptables = 2016-03-24 au 2016-07-01. Vérifier si le délai entre la date de transmission et la date du jour est inférieur ou égal à 7 jours pour les transactions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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
A2	Demande de paiement supérieure date du jour	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si la date de service est antérieure à la date du jour ou y correspond. Vérifier si la date de transaction d'annulation, du sommaire et des détails journaliers est inférieure à la date du jour ou y correspond.
A3	Service déjà payé NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> Vérifier si le même médicament (même dénomination commune, forme et teneur) a été facturé deux fois par erreur pour la même journée. Si oui, resoumettre la demande de paiement avec le bon médicament, s'il y a lieu. Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif. <i>Voir section 2.3.4.20 Non-respect de la durée du traitement (renouvellement hâtif).</i> Le même médicament (même dénomination commune, format et teneur) a déjà été payé deux fois à la même date de service dont au moins une fois avec un code spécifiant une raison de renouvellement hâtif. S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission d'un profil, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance. S'il s'agit d'une deuxième demande pour la transmission de demandes à la suite d'une dérogation, transmettre cette demande de paiement avec un nouveau numéro d'ordonnance. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée. Le même médicament (même dénomination commune, format et teneur) a déjà été facturé sous un numéro d'ordonnance différent pour la mise en seringue d'insuline. Si oui, resoumettre la demande de paiement avec une insuline différente.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>8. Un seul service de rémunération mensuelle pour le pharmacien désigné (code de service = S) est payable pour un prestataire par mois.</p> <p>Voir l'article 4.01 de l'Entente particulière concernant le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation des médicaments.</p> <p>9. Vérifier, pour le code de service J « Traitement de substitution aux opioïdes », si le même service a déjà été payé selon les critères suivants :</p> <p>Type de service A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - même personne; - même date de service; - même pharmacie; - même code de service et type de service; <p>Type de service A, B ou C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - même numéro d'ordonnance. <p>En présence du code d'intervention ou d'exception CS (considération spéciale), l'erreur est non générée.</p>
#		<p>10. Vérifier si le même service (« V » ou « W ») a déjà été réclamé à la même date de service pour la personne assurée. Si oui, corriger la demande de paiement et la resoumettre.</p>
A8	Demande de paiement à annuler absente	<p>1. Selon les renseignements reçus, aucune demande de paiement à annuler n'a été identifiée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.
A9	Demande de paiement déjà annulée	<p>1. Selon les renseignements reçus, la demande de paiement a déjà été annulée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - numéro de pharmacie; - date de service; - numéro de l'ordonnance; - numéro de contrôle externe (NCE); - date de transaction.
B1	Pharmacie non admissible	<p>1. Vérifier si le numéro de pharmacie est bien inscrit sur la demande de paiement.</p> <p>2. S'assurer que le numéro de pharmacie est valide à la date de service.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
C6	Personne non assurée	<p>1. Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une MTS ou de la tuberculose, inscrire un des codes de programme suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traitement d'une personne atteinte de MTS = 1K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de MTS = 1L; - traitement d'une personne atteinte de tuberculose = 2K; - traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de tuberculose = 2L; - 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. <p><i>Voir section 2.3.4.15 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ou section 2.3.4.16 Programme de gratuité des médicaments pour la chimio-prophylaxie et le traitement de la tuberculose.</i></p> <p>2. La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la Régie et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).</p>
C8	Personne non admissible	<p>1. Vérifier la conformité de l'inscription du numéro d'assurance maladie (NAM) sur la demande de paiement avec la carte d'assurance maladie, le carnet de réclamation ou la preuve temporaire d'admissibilité.</p> <p>2. 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE adulte) « MA » <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - preuve temporaire d'admissibilité (PAE à charge ou PAE présentant des contraintes sévères à l'emploi) « MB ».
C9	Personne non couverte par ass. méd.	<p>1. 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
#		<p>2. 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. Cette personne est un revendicateur du statut de réfugié et est couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire.</p> <p>3. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>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.</p> <p>5. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la Régie.</p>
D1	Code de produit non payable : *****	<p>1. Ces services sont non payables s'ils sont réclamés seulement avec des solvants, adjuvants ou véhicules sauf pour les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 *****	<p>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.</p>
D3	Prescripteur non admissible	<p>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.</p>
#		<p>2. En présence du code de service 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.</p>
#		<p>3. Le pharmacien doit être admissible à prescrire les médicaments de la Liste de médicaments, excluant les stupéfiants, de drogues contrôlées ou de substances ciblées.</p>
D4	Ordonnance non renouvelable NCE : *****	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
		<p>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.</p> <p>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.</p>
D6	Montant total supérieur à 1 000 \$	<p>1. Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 \$, inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation « MP ».</p> <p>Voir section 2.3.4.23 <i>Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \$.</i></p>
D7	Renouvellement hâtif NCE : *****	<p>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.</p> <p>Voir section 2.3.4.20 <i>Non respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif).</i></p>
E1	Traitement en erreur	<p>1. Communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
#H1	Rencontre initiale présente au dossier de la pers. ass., NCE *****	<p>1. Une rencontre initiale (type de service « A » ou « D ») a déjà été payée pour cette personne assurée, et ce, sans qu'aucun arrêt de service (type « Z ») n'ait été transmis durant la période.</p> <ul style="list-style-type: none"> - même code de service - même type de service - même code d'intervention
#H2	Une rencontre de suivi doit être précédé d'une rencontre initiale	<p>1. Une rencontre initiale (type de service « A » ou « D ») n'a été réclamée pour cette personne assurée à l'intérieur de la période d'un an ou suivant un arrêt de service (type « Z »).</p> <ul style="list-style-type: none"> - même code de service - même type de service (« A » ou « D ») - même code d'intervention
#H3	Le forfait annuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé	<p>1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 2 ou 3 par champ thérapeutique) payable annuellement est déjà atteint.</p>
#H4	Le forfait mensuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé	<p>1. Le nombre de rencontres de suivi (limite à 1 par champ thérapeutique) payable mensuellement est déjà atteint.</p>
#H5	Arrêt de prise en charge déjà présent au dossier de la pers. assurée, NCE *****	<p>1. Un arrêt de prise en charge (type « Z ») pour le même code d'intervention a déjà été transmis pour cette personne assurée.</p>
#H6	Arrêt de prise en charge accepté	<p>1. Le pharmacien est informé lorsqu'un arrêt de prise en charge (type « Z ») est accepté pour le code soumis.</p>
#H7	Évaluation de prolongation déjà payée pour la pers. assurée	<p>1. Le nombre de paiement est limité à une seule évaluation de prolongation pour la même personne assurée pour une période de 365 jours, et ce, peu importe la pharmacie.</p>
K6	Lien de parenté et âge incompatibles	<p>1. Vérifier la valeur inscrite sur la demande de paiement concernant le lien de parenté. S'il s'agit d'une personne à charge de moins d'un an, la date de naissance doit être inférieure à un an par rapport à la date de service.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#R1	Maximum annuel atteint NCE : *****	1. En présence du code de service « V » et du type de service « B », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation dans une même année, pour la même personne assurée, à la même pharmacie et avec le code d'intervention « HE » (cessation tabagique).
#AS	Service déjà payé SAAQ NCE : *****	1. La même réclamation avec les critères suivants a déjà été payé à la personne assurée par SAAQ : <ul style="list-style-type: none"> - même numéro d'ordonnance; - même date de service; - même code de produit ou même combinaison de codes de produit (DIN).
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>
S		
#DH	Frais de service ajustés	1. Selon le code de service, si un écart est calculé, 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). 2. 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.
#		3. Ce message est généré lorsque la Régie ajuste le coût du médicament au prix le plus bas en présence du code de sélection 1. La personne assurée aura à payer la différence entre le prix du médicament innovateur et celui du générique.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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 2.3.4.38 <i>Facturation d'un code de produit autre - Décision du pharmacien (produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons).</i>
#		2. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour le produit Remicade ^{MC} jusqu'à la date d'autorisation.
#		3. Vérifier s'il s'agit d'une personne assurée ayant une autorisation pour la somatotrophine jusqu'à la date d'autorisation.
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> 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>
#		7. Une autorisation est requise pour une ordonnance du produit Remicade ^{MC} .
#		8. Une autorisation est requise pour une ordonnance de somatotrophine.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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) ou 6 (exécution ou renouvellement pour une maladie chronique de moins de 7 jours), 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. 3. Le produit Suboxone inscrit sur la demande de paiement n'est payable qu'avec les codes de service J et 1.
#		4. La méthadone en solution orale est payable avec les codes de service « J », « L », « O » ou « 1 ».
#HF	Autorisation prendra fin le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin	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.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#HY	Autorisation requise dès le SSAA/MM/JJ : 1. Inviter la personne à revoir son médecin	1. Ce message vous demande d'aviser la personne assurée qu'une nouvelle autorisation sera nécessaire pour poursuivre le remboursement du médicament, inviter la personne à revoir son médecin.
#		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. <i>Voir section 2.3.4.7 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. <i>Voir section 2.3.4.21 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.
#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 . Pour modifier la durée de validité de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception « MG » sur la demande de paiement. <i>Voir section 2.3.4.21 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité.</i>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
KO	Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé	<p>1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre code de preuve temporaire d'admissibilité dans le même mois.</p> <p>Vérifier la situation de la personne à savoir :</p> <p> preuve d'admissibilité comme PAE adulte (code MA)</p> <p> preuve d'admissibilité comme PAE à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code MB)</p> <p>Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p> <p>2. La personne a déjà obtenu des médicaments sous le même code de preuve temporaire d'admissibilité dans un mois antérieur et son statut de prestataire d'une aide financière de dernier recours n'a jamais été confirmé.</p> <p>Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens de la Régie.</p>
KP	Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE : *****	<p>1. Si la justification du renouvellement hâtif fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention/exception pertinent à la situation.</p> <p>Voir section 2.3.4.20 <i>Non-respect de la durée de traitement (renouvellement hâtif)</i>.</p> <p>2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.</p>
KQ	Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur	<p>1. Le 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 ».</p>
#KV	Coût du produit autorisé au prix de vente garanti pour le DIN *****	<p>1. Ce message est généré lorsque la Régie autorise le coût du médicament au prix de vente garanti en présence de la mention « ne pas substituer » sans code justificatif (code de sélection 1) ou en présence du code d'intervention ou d'exception « IP - Confirmation de services rendus au privé ». La personne assurée bénéficie de la particularité à certains médicaments.</p>
#LS	Durée de traitement admissible XXX jours	<p>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.</p> <p>2. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour certains médicaments prescrit par les podiatres (LISTEMED 93).</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
LT	Période permise dépassée NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement. 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LU	Période dépassée autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une période de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement. 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la Régie au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
LV	Quantité maximum dépassée, payable : *** pour le DIN *****	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. En présence des codes de service 2, 3, 4, 5, 7, 8, A, S, V, W et Z, aucun code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.
#MC	Couvert par la SAAQ si blessure liée à l'accident	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) détermine la couverture de médicaments personnalisée selon le type de blessure liée à l'accident de la route. Ce message informatif s'affiche lorsque le médicament réclamé dans le cadre du régime public d'assurance médicaments peut être remboursé par la SAAQ. NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
MY	Déjà payé autre pharmacie NCE : *****	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le même médicament (même dénomination commune, forme et teneur) a déjà été payé pour la même journée à une autre pharmacie. 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>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NF	Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : *****	<p>1. Vérifier les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la quantité maximale journalière, inscrire le code d'intervention 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> <p>NOTE : Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la Régie.</p>
S		
NH	Quantité en erreur format indivisible pour le DIN : *****	<p>1. Vérifier dans la <i>Liste de médicaments</i> s'il s'agit d'un médicament de format indivisible.</p> <p>Si oui, inscrire exactement la quantité du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne.</p> <p>2. Si la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens pour obtenir une autorisation préalable de la Régie.</p>
NI	Un seul code de service est permis	1. S'assurer qu'un seul code de service est transmis en tout temps.
#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 », « T », « V » ou « W ».
#		<p>Si oui, le type de service inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux prévus (voir sections 2.3.4.36 <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>, 2.3.4.27 <i>Préparation de solution ophtalmique</i>, 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures ou dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques</i>).</p> <p>Voir section 2.3.3.2 <i>Ordonnance et service professionnel.</i></p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
NM	Service * et classe produit incompatibles pour le DIN : *****	<p>1. Le système vérifie la concordance des médicaments réclamés pour les codes de service suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles/aiguilles jetables. 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. Pour le benzoate de sodium, un seul médicament actif ou produit pour médicament magistral (code de facturation 99101236) peut être réclamé avec un ou des solvants ou adjuvants, le cas échéant, ainsi que le code de facturation du sachet (99100527) permettant d'identifier le nombre de sachets préparés.
#		
#		

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		<ul style="list-style-type: none"> - 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. Pour le benzoate de sodium, un seul produit pour médicament magistral (code de facturation 99101236) peut être réclamé avec un ou des solvants ou adjuvants, le cas échéant, ainsi que le DIN de la capsule vide (99001519) permettant d'identifier le nombre de capsules préparées. - 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.
#		<ul style="list-style-type: none"> - Code de service X correspond à une ordonnance de fourniture de chambre d'espacement. 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>, à la section <i>Fournitures</i>, fournitures pour chambre d'espacement.
#		<ul style="list-style-type: none"> - 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 présent dans la <i>Liste de médicaments</i> à la section <i>Fournitures</i>, masque pour chambre d'espacement. - 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/haloxone.
NN	Service et code d'intervention ** incompatibles	<ol style="list-style-type: none"> 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>.

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
#		<p>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 ».</p> <p>Voir section 2.3.4.37 <i>Facturation en pilulier d'un produit de format indivisible.</i></p> <p>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.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i></p>
#		<p>6. Vérifier si le code de service est « V » ou « W ». Si oui, inscrire le code d'intervention approprié.</p> <p>Voir sections 2.3.4.39 <i>Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures ou dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis</i> ou 2.3.4.40 <i>Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.</i></p>
NO	Service requiert personne sous surveillance	<p>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.</p> <p>2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.</p> <p>Voir section 2.3.4.19 <i>Pharmacien désigné contacté ou non contacté.</i></p>
NP	Service non valide personne sous surveillance	<p>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.</p> <p>Voir Règle 9 de l'Annexe II de l'Entente.</p>
NQ	Médicament ***** non permis en pharmaco. initiale	<p>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.</p>
NR	Médicament ***** non permis en pilulier	<p>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.</p>
NT	Pharmaco. init. non permise NCE : *****	<p>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.</p> <p>Voir le deuxième alinéa de la Règle 15 de l'Annexe II de l'Entente.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
OP	Service précédent servi en pilulier NCE*****	<p>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.</p> <p>Remarque : Ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.</p>
OV	Ordonnance verbale non permise	<p>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.</p> <p>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.</p>
OW	Renouvellement verbal non permis	<p>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.</p> <p>2. Le renouvellement verbal est non permis lors du traitement de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.</p>
PA	Médicament ***** non permis pour type prescripteur	<p>1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.</p>
#		<p>2. En présence d'un prescripteur pharmacien, le droit de prescrire qui lui est accordé est limité à la catégorie des médicaments réguliers et à certains médicaments d'exception dont l'autorisation de paiement est toujours valide. Il ne peut prescrire des médicaments ciblés, contrôlés ou de type narcotiques.</p>
#		<p>3. En présence d'un prescripteur infirmier, le message est généré lorsque le médicament facturé n'est pas autorisé à la date de service. Cette validation est effectuée pour les transactions du RPAM seulement.</p>
PC	Service non permis pour type de prescripteur	<p>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.</p>
#		<p>2. En présence des codes de service « 4 », « V », « W » ou « Z », le type de prescripteur doit être un pharmacien.</p>
QG	Médicament ***** inadmissible à ce programme	<p>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>.</p>
#QH	Coût du produit calculé est trop élevé	<p>1. Le coût du médicament ou le montant total (coût du médicament + frais de service) calculé par le système est supérieur à 99 999,99 \$. Vérifier le code de produit (DIN), le format d'acquisition et la quantité du médicament.</p>

CODE	LIBELLÉ DU MESSAGE	MESURES
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.
#		2. En présence du code de service « V », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie et pour le même code d'intervention. En présence du code de service « W », le système CIP limite le paiement à une seule réclamation pour la même personne assurée, le même jour, à la même pharmacie, pour le même type de service et pour le même code d'intervention.
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.