

26 août 2025



PHARMACIENS

MANUEL

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 PERSONNES ASSURÉES	4
1.1 Carte d'assurance maladie, carnet de réclamation et preuve temporaire d'admissibilité.....	5
1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie	5
1.1.2 Description du carnet de réclamation.....	10
1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.....	13
1.2 Catégories de personnes assurées.....	14
1.2.1 Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ.....	14
1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).....	16
1.2.3 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.....	16
1.2.4 Bénéficiaires du Programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et les établissements privés non conventionnés ..	16
1.2.5 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles	16
1.2.6 Bénéficiaires du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures	17
1.2.7 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	17
1.3 Identification des personnes assurées	17
1.3.1 Prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation et autres détenteurs d'un carnet de réclamation	18
1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments	19
1.4 Contribution à payer par la personne assurée.....	21
1.4.1 Modalités de calcul de la contribution relative à une ordonnance de longue durée	
21	
1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région	23
2 COMMUNICATION INTERACTIVE.....	25
2.1 Vue d'ensemble de la communication interactive	26
2.1.1 Étapes	26
2.1.2 Transactions offertes	27
2.2 Transaction de demande de paiement du pharmacien	28
2.2.1 Introduction	28
2.2.2 Délai de facturation.....	28
2.2.3 Données de facturation – cas régulier	28
2.2.4 Instructions de facturation pour les cas particuliers	40
2.2.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ	80

2.2.6 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments.....	82
2.2.7 Réponse à une transaction de demande de paiement	97
2.3 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien.....	98
2.4 Transaction de sommaire journalier	100
2.5 Transaction de détail journalier.....	101
2.6 Reçu de la personne assurée.....	102
2.7 Codes, messages d'erreur et mesures à prendre.....	104
3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	139
3.2 Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien.....	140
3.2.4 Généralités.....	140
3.2.5 Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621).....	141
4 PAIEMENT.....	143
4.2 Mode de paiement.....	143
4.3 Délai de paiement.....	143
4.4 État de compte	144
4.4.4 Description	145
4.4.5 Vérification des paiements.....	146
4.4.6 Règlement des demandes de paiement	146
4.4.7 Codes de transaction.....	147
5 ENTENTE, AUTRES PROGRAMMES ET ENTENTES PARTICULIÈRES	149
6 TARIFS.....	151
7 NOUS JOINDRE.....	153

Les surlignements en jaune impliquent qu'une modification a été apportée au texte au moment de la publication. Si le titre d'une section est surligné, cela signifie que l'ensemble de la section a été modifié. Autrement, seul le texte modifié est surligné.

Occasionnellement, du texte peut être raturé en rouge. Il s'agit de texte retiré dont l'application n'est plus en vigueur au moment de la dernière publication. La RAMQ choisit de raturer le texte au lieu de le retirer afin d'attirer l'attention du dispensateur sur une modification significative.

Introduction

Le *Manuel des pharmaciens*¹ vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime public d'assurance médicaments pour les personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Il traite de l'admissibilité des personnes, des modalités de la communication interactive, de la demande de remboursement à la personne assurée, des renseignements relatifs au paiement et des services professionnels et pharmaceutiques.

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

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

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

Le texte officiel de l'*Entente des pharmaciens 2022-2025* et les autres textes officiels modifiant l'*Entente* sont publiés sur le site Web de la RAMQ.

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

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

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

¹ Le texte de l'*Entente* en vigueur ainsi que toutes les lois et tous les règlements qui peuvent s'appliquer prévalent sur le contenu du *Manuel des pharmaciens*.

Vous avez des questions?

Questions	Endroits où vous référer
1. Ordinateur – imprimante – logiciels (en pharmacie) L'une des composantes pose problème ou pour tout renseignement sur : <ul style="list-style-type: none"> • leur fonctionnement; • leur utilisation; • les modifications à y apporter; • une communication qui ne peut être établie avec la RAMQ, même si votre ordinateur et votre logiciel fonctionnent. 	Suivre les instructions de votre développeur de logiciels.
2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif	
Contribution <ul style="list-style-type: none"> • pour obtenir des renseignements sur l'état des contributions de la personne assurée (coassurance – franchise – plafond). 	Communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels . Par téléphone : Québec : 418 780-4208 Montréal : 514 687-3612 Ailleurs au Québec : 1 888 330-3023
Demande de remboursement <ul style="list-style-type: none"> • pour tout renseignement sur les demandes de remboursement à la personne assurée. 	
Divers problèmes de communication interactive <ul style="list-style-type: none"> • pour toute question sur une transaction (autorisation, annulation, sommaire journalier, détail journalier, etc.). 	
Entente <ul style="list-style-type: none"> • pour des explications sur l'Entente. 	
États de compte <ul style="list-style-type: none"> • pour des données sur les états de compte. 	
Expertise pharmaceutique <ul style="list-style-type: none"> • pour un service nécessitant une considération spéciale ou dont le coût n'est pas mentionné à l'Entente (expertise pharmaceutique). 	
Inscription <ul style="list-style-type: none"> • pour vérifier si une personne est inscrite au régime public d'assurance médicaments. 	

2. Problèmes rencontrés lors d'une transaction en mode interactif (suite)	
Médicaments ou patient d'exception ou prestataire d'une aide financière avec carnet de réclamation <ul style="list-style-type: none"> pour un problème associé aux médicaments d'exception, aux médicaments de la mesure du patient d'exception ou à un prestataire d'une aide financière avec carnet de réclamation. 	
Message d'erreur <ul style="list-style-type: none"> pour des explications sur un message d'erreur signalé par le système de communication interactive de la RAMQ. 	
Numéro d'assurance maladie (NAM) <ul style="list-style-type: none"> pour obtenir le NAM d'une personne assurée qui n'a pas sa carte en sa possession, s'il s'agit d'un cas urgent ou d'un adolescent de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans. 	
3. Renseignements généraux	
<ul style="list-style-type: none"> Demande d'état de compte. Demande de remplacement de chèque. Renseignements sur le régime d'assurance maladie ou d'autres programmes administrés par la RAMQ. 	<p>Communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels.</p> <p>Par téléphone : Québec : 418 780-4208 Montréal : 514 687-3612 Ailleurs au Québec : 1 888 330-3023</p>
4. Consultation ou transmission de document	
Transmission d'un document par télécopieur au Centre de relations avec les professionnels .	<p>Par télécopieur : Québec : 418 528-5655 Ailleurs au Québec : 1 866 734-4418</p>
<ul style="list-style-type: none"> Consultation dans le Web des publications et des infolettres de la RAMQ. 	<p>Adresse Web : www.ramq.gouv.qc.ca</p>

1 PERSONNES ASSURÉES

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

A. S'agit-il de l'une des situations suivantes?

- service pharmaceutique couvert par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNEST) (y compris l'Indemnisation des victimes d'actes criminels [IVAC]);
- service pharmaceutique couvert par la SAAQ;
- service pharmaceutique pour un autochtone;
- service pharmaceutique pour une personne hospitalisée ou hébergée dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) public ou privé conventionné;
- service pharmaceutique pour les demandeurs d'asile dont les médicaments sous ordonnance sont couverts par le gouvernement fédéral dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

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

Si non, passer au point B.

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

Si oui, le carnet de réclamation porte-t-il la mention « Carte d'assurance maladie requise » (il s'agit de certains revendeurs du statut de réfugié couvert par le Programme fédéral de santé intérimaire)?

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

Si le client n'a pas de carnet, ni preuve temporaire d'admissibilité, passer au point C.

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

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

Si non, passer au point D.

D. Le client est-il inscrit au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ?

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

Si non, voir la section [1.3.2](#) au point 2.np

1.1 Carte d'assurance maladie, carnet de réclamation et preuve temporaire d'admissibilité

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

1.1.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

1.1.1.1 Modèles de carte

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services couverts.

Avec photo et signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



Verso avec code à barres

- 1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



La carte avec photo et signature est délivrée à la plupart des personnes assurées.

Sans photo et sans signature

Un seul modèle de carte est délivré à partir du 24 janvier 2018 pour la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement;
- Elle est exemptée de l'obligation de fournir sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

- 1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Cartes émises jusqu'au 23 janvier 2018



Sans photo, avec signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



Cette carte porte la mention « Valide sans photo » ou « Exempté » dans l'espace prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo.

Avec photo, sans signature

1) Carte émise à partir du 24 janvier 2018



2) Carte émise jusqu'au 23 janvier 2018



Cette carte porte la mention « Valide sans signature » ou « Exempté » dans l'espace prévu pour la signature. La photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature.

Attestation ou confirmation d'inscription temporaire

Le document **Attestation d'inscription** est délivré par la RAMQ pour remplacer temporairement une carte d'assurance maladie non valide (par exemple : une carte expirée). Il confirme l'inscription de la personne à la RAMQ et la rend admissible au régime d'assurance maladie pour 45 jours.

Le document **Confirmation d'inscription** est délivré par la RAMQ pour remplacer temporairement une carte d'assurance maladie non valide (par exemple : une carte expirée). Il confirme l'inscription de la personne à la RAMQ et la rend admissible au régime d'assurance maladie pour 45 jours. Ce document est accepté en pharmacie le jour suivant sa date de délivrance, pourvu que la personne soit inscrite au régime public d'assurance médicaments.

Attestation d'inscription



ATTESTATION D'INSCRIPTION



0 05 0000 0000 00 00000 0

Pierre Untel
Adresse
Ville, Code Postal



Veuillez détruire l'attestation dès que vous aurez reçu votre carte.

Message

Ce document vous permet de recevoir des soins de santé au même titre que votre carte d'assurance maladie. Conservez-le pour votre usage personnel et exclusif jusqu'à la date d'expiration qui y figure. Si vous bénéficiez du régime public d'assurance médicaments, ce document sera accepté à la pharmacie. Seul le professionnel de la santé à qui vous présentez ce document peut le reprographier, avec votre autorisation.

Important : vous devez signer ce document avant de l'utiliser.

Numéro d'assurance maladie	Prénom et nom
UNTP 0000 0000	Pierre Untel
Date de naissance	Date d'expiration
0000 00 00	00 mois 0000

La présente attestation certifie que la personne nommée ci-dessus est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Directeur du centre de relations avec la clientèle

Signature de la personne assurée

1.1.2 Description du carnet de réclamation

Description du carnet de réclamation papier :

Le carnet de réclamation papier est divisé en deux volets :

- Volet de gauche :**
 - Numéro de dossier (1)
 - Prénom usuel, nom de famille à la naissance (2)
 - Période de validité (3)
 - Message (4)
 - Chez tous les pharmaciens (5)
 - Pharmacien désigné = nom et adresse du pharmacien désigné (6)
 - Soins dentaires couverts (7)
- Volet de droite :**
 - Numéro d'assurance maladie du conjoint (8)
 - Numéro d'assurance maladie des enfants à charge (9)
 - Signature obligatoire du prestataire (10)

Le carnet est signé « Spécimen ».

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

Volet de gauche :

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

Volet de droite :

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

Description de la page Web et du format imprimable du carnet de réclamation :

Page Web

Carnet de réclamation

Attention, seule l'impression du carnet de réclamation à partir du format PDF (gabarit officiel) est une pièce justificative valide.

L'impression à partir de la page web n'est pas valide en pharmacie.

Note importante

Ce carnet permet d'obtenir des médicaments prescrits et certains services de santé prévus par règlement.

Lorsqu'un médecin vous prescrit des médicaments, dites-lui que vous possédez un carnet de réclamation, afin qu'il s'assure que ces médicaments font partie de la liste publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Numéro de carnet 1101
Valide du 2020-07-01 au 2020-07-31

Numéro de dossier

CP1234567890-99
RÉJEANNE
NADEAU

Référence

ESI : ASSUREUR 31 PL
UNTJ123456M8 NGUB123456M8

Message

Soins dentaires couverture débutant le 2020-07-14
Examen des yeux débutant le 2020-07-07
Services prothèse dentaire débutant le 2020-07-14
Gratuité des médicaments Oui

Enfants à charge

UNTA155620M1	UNTM123456V8
UNTB155721M2	UNTM123456V8
UNTC155822M3	UNTM123456V8
UNTD155923M4	UNTM123456V8
UNTE155124M5	UNTM123456V8
UNTF155225M6	UNTM123456V8
UNTG155636M7	UNTM123456V8

[Format PDF](#)

Format imprimable

Attention, seule l'impression du carnet de réclamation à partir du format PDF (gabarit officiel) est une pièce justificative valide et elle doit être signée. L'impression à partir de la page Web n'est pas valide.



Les prestataires d'une aide financière détiennent un **carnet de réclamation** qui leur donne droit aux services pharmaceutiques couverts. Ils doivent le présenter au pharmacien **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets :

- Le **volet de gauche** du carnet identifie la période de validité (page Web), le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères) et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.
- Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué (**format imprimable seulement**).
 - Le **volet de droite** identifie la période de validité du carnet (format imprimable) et, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles au programme de services pharmaceutiques.
- Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services pharmaceutiques doit figurer sur ce volet, dans la case Référence.

Description du carnet de réclamation de format sur cellulaire :

The screenshot shows a mobile web interface for the Québec government's employment and social assistance program. At the top, there is a blue header with the Québec logo, language options (English and French), and a 'Nous joindre' link. Below the header, a navigation bar includes 'Mon dossier', 'Aide à l'emploi - Assistance sociale', an account section for 'REJEANNE NADEAU', and a 'Fermer la session' button. The main content area is titled 'Carnet de réclamation'. It contains instructions about the validity of the card, a note about printing from the website, and a 'Note importante' section detailing the card's purpose and how it proves entitlement to medications. At the bottom of this section, it says 'Numéro de carnet 1101' and 'Valide du 2020-07-01 au 2020-07-31'. To the right of the main content, there is a sidebar with sections for 'Numéro de dossier' (containing CP1234567890-99, RÉJEANNE, NADEAU), 'Message' (listing dental coverage starting 2020-07-14, eye exams starting 2020-07-07, dental prosthesis starting 2020-07-14, and free medications marked 'Oui'), 'Référence' (listing ESI: ASSUREUR 31 PL, UNTJ123456M8, NGUB123456M8), and 'Enfants à charge' (listing several child identifiers). At the bottom right of the sidebar is a 'Format PDF' button and an upward arrow icon.

Les prestataires d'une aide financière détiennent un **carnet de réclamation** qui leur donne droit aux services pharmaceutiques couverts. Ils doivent le présenter au pharmacien **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service.

Le carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

Il identifie, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles au programme de services pharmaceutiques.

Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services pharmaceutiques doit figurer sur ce volet, dans la case Référence.

1.1.3 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

Emploi
Québec ☺☺

Preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

A faire	Faite	Année	Mois	Jour	3	4	Année	Mois	Jour	
Remplie le		(2)	Numéro du CLE		Numéro du dossier		Date d'admissibilité (Voir note ci-dessous)			(5)

Nom et adresse de la personne visée
(1) _____

Numéro d'assurance maladie de la personne visée
(6) _____

La personne visée est-elle un enfant à charge?
 Oui Non

(7)

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale atteste que la personne mentionnée ci-dessus est admissible aux médicaments selon les conditions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments concernant les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

NOTE
Cette preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments est valide pour cette seule ordonnance et à partir de la date d'admissibilité indiquée plus haut.

Date (8) _____ Signature de l'agent ou l'agente d'aide socio-économique (9) _____

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
SR-0102 (06-2007)

Cette preuve temporaire comporte les éléments suivants :

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

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

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

Une confirmation d'inscription est un document émis par la RAMQ en remplacement de la carte d'assurance maladie non valide. Il confirme l'inscription de la personne à la RAMQ et la rend admissible pour 45 jours.

Ce document est accepté en pharmacie dans les 24 heures suivant la date d'émission, pourvu que la personne soit inscrite au régime public d'assurance médicaments.

1.2 Catégories de personnes assurées

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

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

- toute personne âgée de 65 ans ou plus qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel;
- toute personne ou toute famille qui reçoit des prestations d'aide financière et qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de 60 ans et de moins de 65 ans qui détient un carnet de réclamation;
- toute personne âgée de moins de 65 ans qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective de base ou un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou qui n'est pas bénéficiaire des garanties prévues par un tel régime;
- toute personne âgée de moins de 18 ans domiciliée chez une personne admissible qui exerce envers elle l'autorité parentale;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, sans conjoint, étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne âgée de 18 à 25 ans, atteinte d'une déficience décrite à l'article 11.1 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (RLRQ, c. A-29.01, r.4), étudiant à temps partiel dans un établissement d'enseignement et envers qui une personne admissible exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- toute personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle décrite à l'article 5 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (RLRQ, c. A-29.01, r.4), ne recevant aucune aide financière, domiciliée chez une personne admissible qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

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

Le prestataire d'une aide financière prévue à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles et sa famille sont admissibles au régime public d'assurance médicaments et couverts par la RAMQ si le prestataire détient un carnet de réclamation valide à la date de service.

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

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

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

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

1.2.1.1 Personnes détenant une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments

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

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

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

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

Si elle adhère à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux de base pour ses médicaments, elle ne peut se prévaloir du régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ. Puisque l'inscription est automatique pour une personne de plus de 65 ans au régime public, une demande de désinscription doit être complétée par celle-ci.

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

Pour les personnes âgées de moins de 65 ans non tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective de base ou à un régime d'avantages sociaux de base en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel est admissible au régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ. Cependant, la personne et les personnes à sa charge doivent s'inscrire à la RAMQ pour bénéficier du régime public d'assurance médicaments.

1.2.1.4 Personnes admissibles, mais non inscrites au régime public d'assurance médicaments

Afin de rembourser une personne assurée ayant régularisé sa situation auprès de la RAMQ qui, selon certaines conditions, demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie, la RAMQ recommande à un pharmacien d'utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou de remplir le formulaire [Demande de remboursement \(médicaments et services pharmaceutiques\)](#) (3621).

1.2.2 Bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

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 valide a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs médicaments énumérés à l'Annexe H du *Guide administratif – Liste des médicaments prescrits pour le traitement d'une infection transmissible sexuellement et par le sang*.

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#) pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.4.11](#), pour les instructions de facturation.

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

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

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#) pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.4.12](#), pour les instructions de facturation.

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

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

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

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#) pour l'entente particulière.

1.2.5 Bénéficiaires du Programme de remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles

Ce programme s'adresse à toutes les personnes assurées du régime public d'assurance médicaments et inscrites à la RAMQ. Il vise à couvrir les coûts engagés par le pharmacien pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles entre le pharmacien préparateur et le pharmacien dispensateur.

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

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#) pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.4.22](#) pour les instructions de facturation.

1.2.6 Bénéficiaires du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du Programme doit résider au Québec, ou y séjourner, et être dûment inscrite à la RAMQ. Lors de la facturation, le pharmacien doit vérifier l'identité de la personne avec une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#) pour l'entente particulière et sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.6.20](#) pour les instructions de facturation.

1.2.7 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)

Ce programme a été mis sur pied afin de rendre accessibles gratuitement les médicaments nécessaires pour une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse aux femmes qui désirent mettre fin à une grossesse de 9 semaines et moins à la suite d'une consultation auprès d'un médecin.

Le Programme s'adresse à toute personne qui est dûment inscrite à la RAMQ et qui détient une ordonnance d'un médecin ou d'un résident en médecine en vue de l'interruption médicamenteuse d'une grossesse intra-utérine.

Une personne âgée d'au moins 14 ans, mais de moins de 18 ans qui consent seule aux services assurés par le Programme, conformément aux dispositions du Code civil, peut bénéficier du Programme même si elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide.

Toute personne de 18 ans et plus qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer la prestation; par la suite, elle peut demander le remboursement à la RAMQ.

Remarque : Voir les renseignements sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.6.19](#) pour les instructions de facturation.

1.3 Identification des personnes assurées

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

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

1.3.1 Prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation et autres détenteurs d'un carnet de réclamation

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

1) LE DÉTENDEUR PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

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

Le pharmacien remplit la section relative à l'identification du détenteur du carnet sur la demande de paiement (voir la section [1.7.3 Données de facturation – cas régulier](#), section C, sous l'onglet *Communication interactive*).

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

Le carnet de réclamation est périmé et le pharmacien doit déterminer si le coût de l'ordonnance peut être facturé à la RAMQ. Pour ce faire, se reporter au début de la section [1](#).

c) Le carnet de réclamation comporte la mention « Carte assurance maladie requise »

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

2) LA PERSONNE PRÉSENTE UNE PREUVE TEMPORAIRE D'ADMISSIBILITÉ DÉLIVRÉE PAR LE MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE :

La preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments est décrite à la section [1.1.3](#).

Après s'être assuré de la validité de la preuve à la date de service, le pharmacien remplit une demande de paiement, à partir des renseignements inscrits sur le document présenté, indique le code d'intervention ou d'exception correspondant à la situation et transmet la demande par communication interactive.

Remarque : Voir la section [2.2.4.17 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale \(MESS\)](#) sous l'onglet Communication interactive pour connaître les renseignements à fournir dans ce cas.

3) LE DÉTENDEUR NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :

a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) non inscrit sur le carnet de réclamation

Le pharmacien inscrit 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 inscrits sur le carnet :

	Valeur
le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'une personne à charge mineure 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 (AAAAMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

b) Il s'agit d'une personne de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans qui n'a pas le carnet de réclamation de l'un de ses parents

Le pharmacien appelle le [Centre de relations avec les professionnels](#) pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

c) Il s'agit d'un détenteur de carnet de réclamation qui est dans un état requérant des services urgents

Le pharmacien appelle le [Centre de relations avec les professionnels](#) pour identifier le détenteur du carnet 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.

d) Dans tous les autres cas

Le détenteur du carnet doit présenter sa carte d'assurance maladie valide. Le pharmacien remplit l'identification de la personne assurée sur la demande de paiement (voir la section [1.7.3 Données de facturation – cas régulier](#), section C sous l'onglet *Communication interactive*).

Si la carte d'assurance maladie est invalide, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien.

Afin de rembourser une personne assurée qui demande le remboursement de services qu'elle a payés en pharmacie et qui a regularisé sa situation auprès de la RAMQ, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

1.3.2 Personnes âgées de 65 ans ou plus et adhérents individuels au régime public d'assurance médicaments

1) LA PERSONNE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Si la personne présente la carte d'assurance maladie avec photo, le pharmacien doit vérifier si cette carte est bien la sienne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. **Dans le cas contraire**, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. **Le pharmacien ne doit pas remettre à la personne le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).**

Quel que soit le modèle de carte présentée, celle-ci doit être **valide**.

a) La date de service est antérieure à la date d'expiration de la carte

Le pharmacien remplit la section relative à l'identification de la personne assurée sur la demande de paiement (voir la section [1.7.3 Données de facturation – cas régulier](#), section C sous l'onglet *Communication interactive*).

b) La date de service est postérieure à la date d'expiration de la carte

Dans ce cas, la personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien. Afin de rembourser une personne assurée qui demande le remboursement d'un service qu'elle a payé en pharmacie, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

2) LA PERSONNE EST ADMISSIBLE À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS, MAIS N'Y EST PAS INSCRITE :

La personne doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**. Après avoir vérifié auprès de la personne qu'elle ne détient pas de contrat d'assurance collective de base ou de régime d'avantages sociaux de base lié à un emploi ancien ou actuel, le pharmacien l'informe qu'elle doit s'inscrire auprès de la RAMQ pour être couverte.

Afin de rembourser une personne assurée qui demande le remboursement d'un service qu'elle a payé en pharmacie et qui a régularisé sa situation auprès de la RAMQ, le pharmacien peut utiliser le système de communication interactive en pharmacie (CIP) ou remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

Toutefois, si la personne s'inscrit à la RAMQ, le pharmacien peut transmettre une demande de paiement **pourvu que les services aient été rendus dans les 3 mois précédent son inscription** et qu'elle ait été admissible pendant cette période.

3) LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

a) Il s'agit d'un nouveau-né (moins d'un an) sans numéro d'assurance maladie

Le pharmacien inscrit 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 :

	Valeur
le lien de parenté spécifiant qu'il s'agit d'une personne à charge mineure 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 (AAAAMMMJJ);
- le sexe du nouveau-né.

b) Il s'agit d'une personne de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans

Le pharmacien appelle le [Centre de relations avec les professionnels](#) pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

c) Il s'agit d'une personne qui est dans un état requérant des services urgents

Le pharmacien appelle le [Centre de relations avec les professionnels](#) pour identifier la personne à partir du nom de famille à la naissance, du prénom, de la date de naissance et du sexe, afin d'obtenir le numéro d'assurance maladie qu'il inscrit sur la demande de paiement.

d) Dans tous les autres cas

La personne doit payer elle-même le coût des services pharmaceutiques rendus par le pharmacien et régulariser sa situation auprès de la RAMQ, s'il y a lieu. Ce dernier remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621) qui le concerne, puis le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la RAMQ (voir la section [3.2 Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien](#) sous l'onglet *Demande de remboursement*).

1.4 Contribution à payer par la personne assurée

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

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

Lorsque la personne assurée renouvelle une ordonnance par anticipation, si la date prévue de son renouvellement se trouve dans le mois suivant, elle doit payer la franchise et la coassurance du mois suivant. La contribution sera établie comme si le renouvellement avait eu lieu le mois suivant (pour les détails de la méthode de calcul de la date prévue de renouvellement et de la notion du renouvellement anticipé, se référer à l'onglet *Communication interactive*, section [2.2.4.13](#)).

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

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

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

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

Exemple :

Contribution maximale mensuelle pour les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent moins de 94 % du Supplément de revenu garanti (SRG) : 57,29 \$

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

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

Mois du service : février

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

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

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

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

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

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

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

Exemple pour personne assurée avec SRG de moins de 94 %

Mois visé	Coût du traitement	Franchise	Coassurance	Contribution
Février	51,67 \$	22 \$	8,90 \$	30,90 \$
Mars	51,67 \$	22 \$	8,90 \$	30,90 \$
Avril	46,66 \$	22 \$	7,40 \$	29,40 \$
Contribution totale à percevoir				91,20 \$

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

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

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

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

Tableau comparatif de la contribution des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec à partir du 1^{er} juillet 2025

Catégories de personnes	Franchise mensuelle	Coassurance mensuelle	Coassurance maximale	Prime ² à verser à Revenu Québec
Enfants et étudiants à temps plein, âgés de 18 à 25 ans ³	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation ⁴	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG au taux de 94 à 100 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes de 65 ans ou plus recevant le SRG de moins de 94 %	22 \$	30 %	57,29 \$/mois 687 \$/année	0 à 766 \$ par personne
Personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas de SRG	22 \$	30 %	102,64 \$/mois 1 232 \$/année	0 à 766 \$ par personne
Adhérents adultes	22 \$	30 %	102,64 \$/mois 1 232 \$/année	0 à 766 \$ par personne

1.5 Liste des centres locaux d'emploi par région

Pour trouver un centre local d'emploi, utilisez le [localisateur de bureaux de Services Québec](#).

² Le montant de la prime à payer est établi en fonction du revenu de la personne assurée.

³ Aucune contribution à payer pour les enfants de moins de 18 ans, ainsi que pour les personnes de 18 à 25 ans sans conjoint, domiciliées chez leurs parents et aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement secondaire, collégial ou universitaire.

⁴ Délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

2 COMMUNICATION INTERACTIVE

La communication interactive est le moyen utilisé pour le traitement en temps réel par la RAMQ 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 RAMQ. Ils reçoivent, au cours de la même communication et en quelques secondes, une réponse accompagnée de tous les renseignements pertinents sur :

- le paiement (coût du médicament payé, frais de service payés, montant total payé);
- les contributions de la personne (franchise à payer, coassurance à payer, plafond);
- le code et le texte du message d'erreur en cas de refus de paiement.

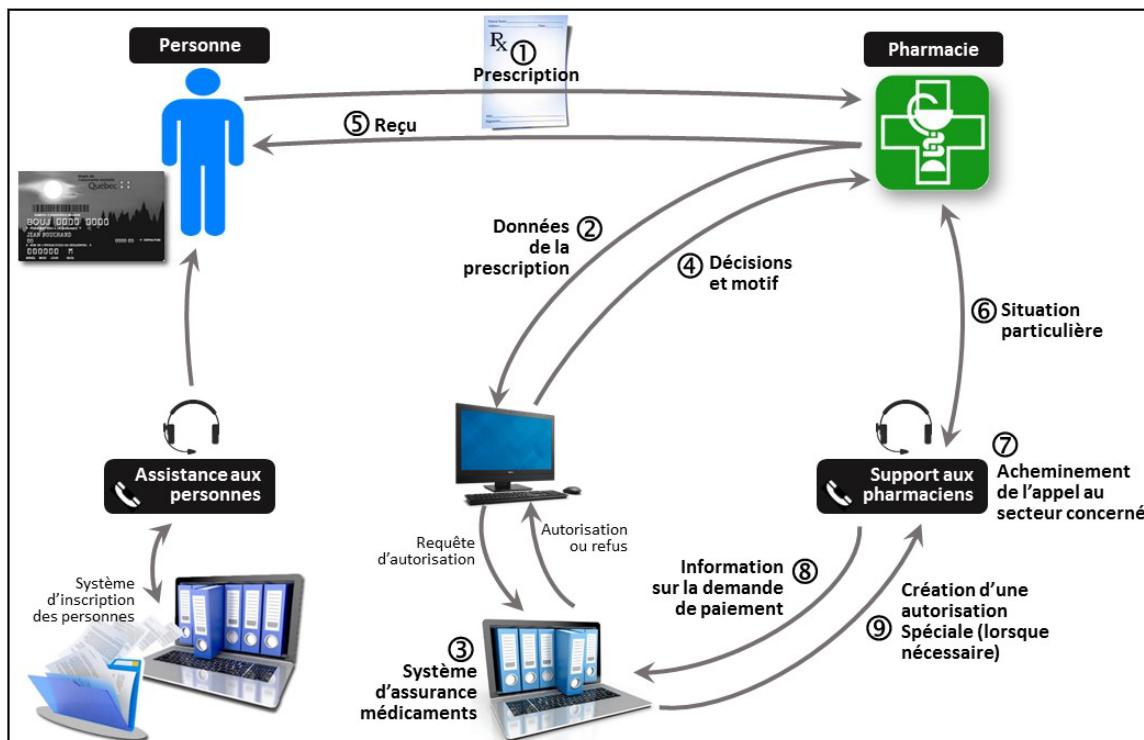
Si le pharmacien ne peut établir la communication avec la RAMQ et s'il ne peut faire traiter sa demande de paiement :

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

2.1 Vue d'ensemble de la communication interactive

2.1.1 Étapes

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

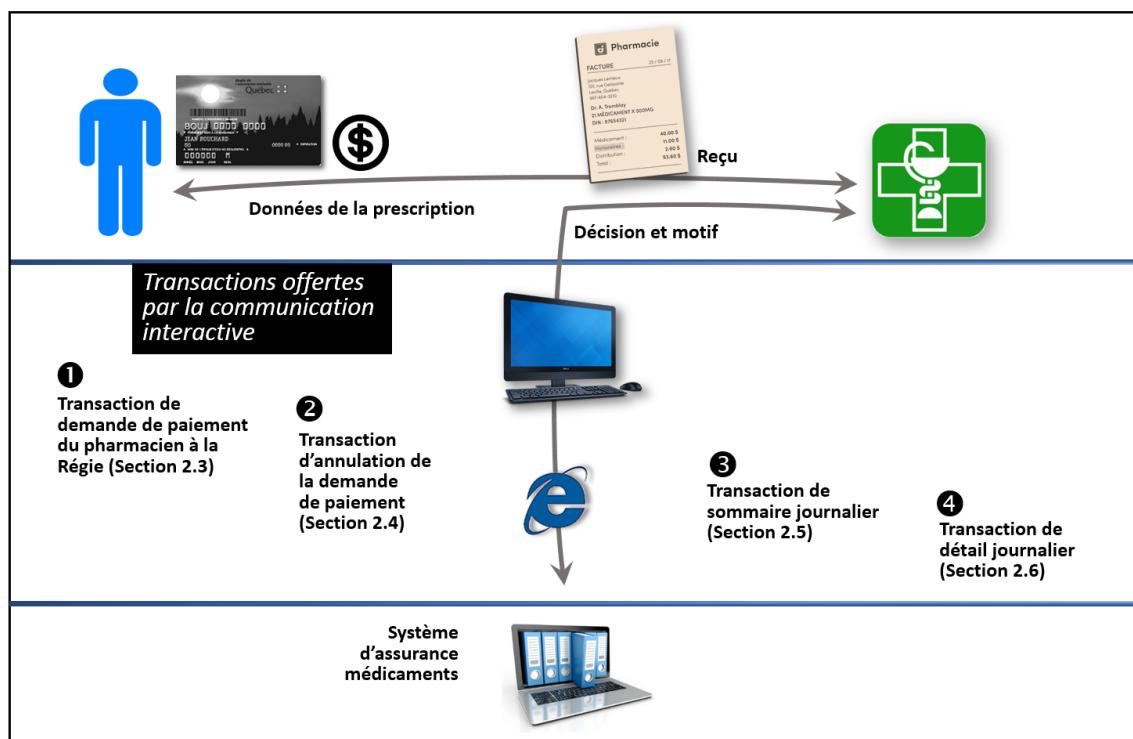


1. La personne assurée présente sa prescription au pharmacien avec sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa preuve temporaire d'admissibilité valide.
2. Le pharmacien inscrit à l'ordinateur les données de la prescription nécessaires au traitement de la demande de paiement, qui est transmise en mode interactif à la RAMQ afin d'obtenir l'autorisation du paiement.
3. Le traitement RAMQ permet de vérifier les modalités de paiement applicables. Les données reçues à la RAMQ 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 des médicaments*, etc.).
4. Une fois toutes les vérifications terminées, la RAMQ 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 RAMQ), le pharmacien pourra contacter le personnel du [Centre de relations avec les professionnels](#) (détails à la section *Introduction* du manuel).

7. Le [Centre de relations avec les professionnels](#) répond au pharmacien ou achemine l'appel au secteur visé (détails à la section Introduction du manuel).
8. Pour répondre rapidement au pharmacien qui soumet un problème sur une transaction en cours, le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 relations avec les professionnels](#) peut inscrire une **considération spéciale** en direct au système d'assurance médicaments afin de permettre la transmission de la demande de paiement.

2.1.2 Transactions offertes

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



2.2 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 (valeurs) 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.

2.2.1 Introduction

La transaction de demande de paiement permet à la pharmacie de transmettre à la RAMQ une demande de paiement. On doit y inscrire les informations nécessaires à la RAMQ 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 RAMQ, celle-ci envoie une réponse en mode interactif à la pharmacie (voir la section [2.2.7 Réponse à une transaction de demande de paiement](#)).

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 RAMQ. 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 logiciels.

2.2.2 Délai de facturation

2.2.2.1 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 trouve à l'extérieur du délai de 90 jours, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

2.2.2.2 Correction de la facturation

Vous disposez d'une période de 45 jours à partir de la date de transaction pour corriger votre facturation directement par la communication interactive.

Après ce délai de 45 jours, vous devez soumettre à la RAMQ une [Requête de réactivation de demandes de paiement](#) (4454). Si elle l'accepte, elle réactivera votre demande de paiement pendant 45 jours pour vous permettre de l'annuler, puis de lui en soumettre une nouvelle.

Vous disposez d'un délai de 135 jours à partir de la date de service pour corriger votre demande de paiement.

2.2.3 Données de facturation – cas régulier

Les renseignements nécessaires à l'autorisation d'une demande de paiement sont ceux qui sont exigibles en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, de la Loi sur l'assurance médicaments, de leurs règlements ainsi que de l'Entente entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les renseignements à transmettre à la RAMQ 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 logiciels;
- 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 RAMQ 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**

- le numéro d'assurance maladie inscrit sur la carte d'assurance maladie ou celle de l'un des parents, le cas échéant, le numéro 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;
- la date de naissance (SSAAMMJJ);
- le sexe (F ou M);
- le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement, le cas échéant :

Programme ou mesure	Valeur
• Programme ITSS avec particularité K (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS)	1K
• Programme ITSS avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1L
• Programme ITSS avec particularité M (traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1M
• 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 ou mesure	Valeur
• 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
• Services offerts en pharmacie remboursés par la LAM	07
• Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures avec particularité K (médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes)	8K
• Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures avec particularité L (médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes)	8L
• Programme universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	09

Voir les sections suivantes :

[2.2.4.11 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS](#)

[2.2.4.12 Programme de gratuité des médicaments pour la chimio prophylaxie et le traitement de la tuberculose](#)

[2.2.4.29 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#)

[2.2.5.17 Médicament d'exception](#)

[2.2.5.18 Mesure du patient d'exception](#)

[2.2.6.20 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures](#)

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

Valeur
0
2

2.2.3.1 Identification de la personne assurée

Avant de demander le paiement de services pharmaceutiques à la RAMQ, 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 (ITSS, tuberculose, naloxone, achat de places, etc.). Voir les sections [1.2 Catégories de personnes assurées](#) et [1.3 Identification des personnes assurée](#).

La section réservée à l'identification de la personne assurée comporte tous les renseignements requis pour l'identifier à la RAMQ 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 fournis par le pharmacien selon la situation.

2.2.3.2 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, le cas échéant. Des instructions propres à certains services pharmaceutiques sont détaillées dans la section [1.7.4 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, il s'agit d'un numéro de référence dans les cas suivants :
 1. une opinion pharmaceutique,
 2. un suivi de consommation,
 3. la transmission d'un profil,
 4. la transmission de demandes à la suite d'une dérogation,
 5. un service sur appel,
 6. la prescription d'un médicament ou l'amorce d'une thérapie médicamenteuse,
 7. la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques,
 8. une évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation,
 9. la substitution thérapeutique d'un médicament,
 10. l'administration d'un médicament et la modification d'une thérapie médicamenteuse,
 11. la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs,
 12. la prise en charge après une hospitalisation,
 13. la demande de consultation à un pharmacien.
- Aucun indicateur de plafonnement n'est requis. La RAMQ cumule le nombre d'ordonnances par pharmacie et ajuste, le cas échéant, les frais de service facturés par le pharmacien.

■ Renseignements à fournir

- le numéro de l'ordonnance (9 chiffres) figurant au dossier de la personne;
- la date de rédaction de l'ordonnance;
- le code DIN identifiant le médicament ou la fourniture, le cas échéant;
- le nombre de renouvellements;

Dans le cas d'une nouvelle ordonnance, 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, inscrire le nombre de renouvellements qu'il reste 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, inscrire **99** dans ce champ. Quant à la date de fin de validité de l'ordonnance, l'inscrire dans le champ prévu à cette fin, dans la forme suivante : SSAAMJJ (ex. : 20160630).

- le code de service professionnel :

	Valeur
• 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 7 jours*	6
• médicament fourni sous la forme d'un pilulier – selon la Règle 24 de l'Entente*	P
• pilulier selon la Règle 25*	G
• service sur appel*	A
• exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive	E
• fourniture de seringues-aiguilles ou d'aiguilles jetables, seringues jetables sans aiguille, de seringues de chlorure de sodium préremplies*	F
• mise en seringue d'insuline*	I
• traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*	J
• médicament requérant une dilution ou une dissolution fourni avec un solvant*	K
• préparation magistrale – formes liquides ou solides	M1
• préparation magistrale – autre préparation que la mise en capsule : sachets, suppositoires	M2
• préparation obligatoire sous hotte autre que la mise en capsule	M3
• préparation magistrale de mise en capsule – médicament fourni sous la forme d'un pilulier (règle 24)	
– catégorie 2 sans gélulier	P2
– catégorie 2 avec gélulier	P3
– catégorie 3 sans gélulier	P4
– catégorie 3 avec gélulier	P5
• préparation magistrale de mise en capsule – médicament fourni sous la forme d'un pilulier (règle 25)	
– catégorie 2 sans gélulier	G2
– catégorie 2 avec gélulier	G3
– catégorie 3 sans gélulier	G4
– catégorie 3 avec gélulier	G5

	Valeur
• préparation magistrale de mise en capsule – exécution d'une ordonnance d'un service chronique (règle 25)	
– catégorie 2 sans gélulier	N2
– catégorie 2 avec gélulier	N3
– catégorie 3 sans gélulier	N4
– catégorie 3 avec gélulier	N5
• préparation magistrale de mise en capsule – exécution ou renouvellement d'une ordonnance (règle 19)	
– catégorie 2 sans gélulier	O2
– catégorie 2 avec gélulier	O3
– catégorie 3 sans gélulier	O4
– catégorie 3 avec gélulier	O5
• préparation magistrale de mise en capsule – service de moins de 7 jours d'une ordonnance subséquente (règles 19 et 25)	
– catégorie 2 sans gélulier	62
– catégorie 2 avec gélulier	63
– catégorie 3 sans gélulier	64
– catégorie 3 avec gélulier	65
• 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
• fourniture de chambre d'espacement*	X
• fourniture sans honoraires : masque, tampons et gants	Y
• refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement* <i>(règles abrogées au 31 mars 2023)</i>	1
• transmission d'un profil*	2
• opinion pharmaceutique*	3
• amorce de la contraception orale d'urgence (COU)*	4
• transmission de demandes à la suite d'une dérogation – inscription rétroactive*	5
• frais d'emballage pour le transport thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles*	8
• transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles*	7
• service de modification d'une thérapie médicamenteuse	AD
• consultation pharmaceutique dans le cadre spécifique du programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'IVG médicamenteuse	CP
• service lié à la pandémie • distribution des autotests de dépistage de la COVID-19 • distribution du Paxlovid ^{MC}	CV

	Valeur
• demande de consultation à un pharmacien	DC
• service d'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la Naloxone	EN
• service d'administration d'un médicament	FE
• service de prescription et d'administration d'un médicament en situation d'urgence	IU
• service de prise en charge en soins palliatifs	SP
• service de substitution thérapeutique d'un médicament	RA
• service de prise en charge après une hospitalisation	PH
• service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation	VA
• service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse	V
• service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques	W2
• service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant l'anticoagulothérapie	W
• service de la prise en charge en soutien à la déprescription	W1
• service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation	Z

* Voir les sections [1.7.4.1](#) à [2.2.4.12](#), [2.2.4.18](#) à [2.2.4.25](#), [2.2.4.27](#), [2.2.4.29](#).

Les codes de service soumis à la franchise et à la contribution sont : **O, N, 6, P, G, E, F, X, J, I, K, Q, R, T, M1, M2, M3**, P2 à P5, G2 à G5, N2 à N5, O2 à O5 et 62 à 65.

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

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

- le code de sélection :

	Valeur
• 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

* En présence du code de sélection 1, la personne assurée aura à payer un excédent pour obtenir le médicament innovateur.

Depuis le 2 juillet 2025, tous les médicaments inscrits à la Liste des médicaments sont remboursés selon la méthode du prix le plus bas (PPB), lorsque cette méthode s'applique, et ce, sans possibilité d'appliquer les codes justificatifs NPS A, B ou C.

Dans les rares situations d'allergie ou d'intolérance grave à un ingrédient non médicinal de la version générique, le prescripteur devra nous transmettre au préalable un formulaire de Demande de remboursement exceptionnel du coût d'un médicament innovateur (4596). Si la demande est acceptée, le remboursement du médicament innovateur sera possible.

Dans certaines situations particulières, la demande par formulaire n'est pas requise. Pour plus d'information, consultez la page [Mention « Ne pas substituer »](#) sous l'onglet Médicaments, sur le site Web de la RAMQ.

- 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 les annexes 2 et 4 de la *Liste des médicaments*).

- la quantité de médicaments délivrée à la personne assurée (maximum de 4 chiffres + 1 décimale, le cas échéant) :

La quantité doit être calculée selon l'unité de mesure ou de volume du produit inscrit à la *Liste des 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, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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 services suivants, inscrire le type de service exécuté :

- de la préparation d'un médicament magistral (M1, M2, M3, P2 à P5, G2 à G5, N2 à N5, O2 à O5 et 62 à 65),
- de la thérapie parentérale (T),
- de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium (Q),
- de la préparation de solution ophtalmique (R),

- du traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (J),
- de la prescription d'un médicament ou de l'amorce d'une thérapie médicamenteuse (V),
- de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques (W2),
- du service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation (VA) et le service de prescription et d'administration d'un médicament en situation d'urgence (IU).

Voir les sections [1.7.4.1](#), [2.2.4.18](#) à [2.2.4.20](#), [2.2.4.27](#), [2.2.4.29](#), [2.2.4.33](#) et [2.2.4.36](#).

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

Le cas échéant, cette durée doit indiquer la durée de traitement en fonction de sa posologie ou de la durée réelle du traitement correspondant à la période de temps normalement prévue entre deux renouvellements.

- 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. Le pharmacien a la responsabilité d'utiliser les codes d'intervention appropriés correspondant à la situation afin d'assurer la conformité de la facturation. On peut indiquer jusqu'à 4 codes d'intervention ou d'exception sur une demande de paiement.

Pour un usage approprié de ces codes, le pharmacien doit :

- s'assurer que la durée de traitement est conforme en fonction de la posologie;
- ajouter un code d'intervention ou d'exception approprié lorsque la situation de la personne requiert de justifier une situation particulière;
- choisir le code approprié en fonction de la situation de la personne et le motiver au dossier. Il doit y accorder une attention particulière considérant que l'utilisation de certains codes pourrait affecter le calcul des contributions des personnes assurées;
- apposer le code uniquement sur les transactions justifiant une situation particulière ou exceptionnelle.

Certains de ces codes ne devraient généralement pas se répéter au renouvellement suivant.

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

	Valeur
• permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours – limite de 200, de 400 et de 3 000	BD
• permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires – limite de 200 et de 400	BE
• permet le remboursement de 3 000 bandelettes pour une femme enceinte diabétique	BG
• permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 400 par période de 365 jours lorsque la personne passe d'un régime privé au régime public • le code doit être inscrit une seule fois par période de référence	BI

	Valeur
<ul style="list-style-type: none"> permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 3 000 lorsque la personne <ul style="list-style-type: none"> passe d'un régime d'assurance privé au régime public reçoit de l'insuline en établissement utilise de l'insuline qui n'est pas couverte par le régime public le code doit être inscrit une seule fois par période de référence 	BM
<ul style="list-style-type: none"> permet le remboursement des bandelettes pour les personnes ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans une situation clinique à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves 	BL
<ul style="list-style-type: none"> arrêt de consommation du dispositif de type Dexcom 	BZ
<ul style="list-style-type: none"> une préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ 	CS
<ul style="list-style-type: none"> pour une personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire) (sous-paragraphe e) de la règle 19) 	CV
<ul style="list-style-type: none"> gratuité du service de vaccination accordée à un enfant de moins de 6 ans lors d'une campagne de vaccination de masse 	DB
<ul style="list-style-type: none"> situation particulière – ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ 	DN
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> service sur appel pour un second déplacement, même jour 	FB
<ul style="list-style-type: none"> confirmation de services rendus au privé 	IP
<ul style="list-style-type: none"> gratuité des tests de détection rapide (autotests) accordée aux étudiants de 18 à 25 ans couverts par un assureur privé 	IR
<ul style="list-style-type: none"> gratuité des tests de détection rapide (autotests) accordée à la clientèle à risque de complications de la COVID-19 	IS
<ul style="list-style-type: none"> preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire adulte 	MA
<ul style="list-style-type: none"> preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge 	MB
<ul style="list-style-type: none"> pour modifier le nombre de renouvellements ou la date de fin de validité 	MG
<ul style="list-style-type: none"> pour permettre de générer un NAM temporaire 	MK
<ul style="list-style-type: none"> montant supérieur à 1 000 \$ 	MP
<ul style="list-style-type: none"> pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière 	MQ
<ul style="list-style-type: none"> vol, perte ou bris de médicament 	MR
<ul style="list-style-type: none"> pour permettre le dépassement de la quantité maximale par service (naloxone) 	MS
<ul style="list-style-type: none"> pilule du lendemain (facturation d'un format complet) 	PL
<ul style="list-style-type: none"> une autorisation téléphonique CSSR a été obtenue – sans méd. 	SS
<ul style="list-style-type: none"> permet 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
<ul style="list-style-type: none"> assurer continuité trait. – bris perte – mauvaise consommation patient (transport) 	TB
<ul style="list-style-type: none"> assurer continuité traitement – commence vendredi avant-midi (transport) 	TC

	Valeur
• assurer continuité traitement – changement posologie (transport)	TP
• assurer continuité traitement – bris, perte, mauvaise condition transports	TR

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

	Valeur
• médicament facturé avec le NAM d'un parent	DF
• même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la <i>Liste des médicaments</i>), 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 2 lieux différents	DK
• anticipation – médicament requis lors du rendez-vous médical	DL
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la RAMQ 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 RAMQ 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
• synchronisation des ordonnances délivrées sous la forme d'un pilulier (code de service P ou G)	PG

- le montant demandé pour le médicament ou la fourniture :
Pour la méthode de calcul, se reporter à la *Liste des médicaments*.
- le montant du coût de service facturé pour service professionnel :
Montant facturé par le pharmacien selon le service rendu (voir l'onglet *Tarif*).
- le numéro du pharmacien instrumentant (6 chiffres) qui a exécuté l'ordonnance ou fourni le service;
- le numéro du prescripteur (6 chiffres du numéro d'inscription à la RAMQ) :

	Valeur
• médecin du Québec	1XXXXXX
• dentiste du Québec	2XXXXXX
• optométriste du Québec	3XXXXXX

	Valeur
• pharmacien ou pharmacienne du Québec et hors Québec	4XXXXXX
• résident ou résidente en médecine du Québec	5XXXXXX
• médecin hors Québec inscrit à la RAMQ	6XXXXXX
• dentiste hors Québec inscrit à la RAMQ	7XXXXXX
• optométriste hors Québec inscrit à la RAMQ	8XXXXXX
• infirmier praticien spécialisé ou infirmière praticienne spécialisée	81XXXXX
• infirmier ou infirmière titulaire d'un BAC et d'un DEC en soins infirmiers	82XXXX à 87XXXX
• sage-femme du Québec	93XXXX
• podiatre du Québec	94XXXX
• diététiste	96XXXX
• inhalothérapeute	97XXXX

Une ordonnance est valide si elle est réalisée par un prescripteur reconnu. Lors d'une transaction en pharmacie, le numéro du prescripteur doit obligatoirement correspondre à un numéro cité ci-dessus.

- le type de prescripteur de l'ordonnance :

	Valeur
• médecin du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ et résident ou résidente 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 RAMQ	55
• pharmacien ou pharmacienne du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ	56
• infirmier ou infirmière du Québec	57
• diététiste	58
• inhalothérapeute	59
• prescripteur hors Québec non inscrit à la RAMQ*	99
• professionnel de la santé non inscrit à la RAMQ**	99

* Il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste en stage dans un établissement de santé, membre en règle d'un ordre professionnel au Canada, et qui ne possède pas de numéro d'inscription à la RAMQ.

** Il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la RAMQ.

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.

Depuis le 1^{er} août 2022, en l'absence du code lors du renouvellement d'une ordonnance, le pharmacien peut se référer à l'ordonnance initiale pour procéder à la facturation. Il n'a plus l'obligation ni la responsabilité de communiquer avec le prescripteur pour vérifier si la condition de la personne assurée respecte toujours l'indication de paiement du médicament d'exception.

Le code de l'ordonnance initiale est présumé valide et applicable tant que le prescripteur n'informe pas le pharmacien, sur l'ordonnance ou par tout autre moyen, que le code ne s'applique plus. Lorsque le code « XX » est inscrit sur une prescription, la condition de la personne assurée ne répond pas à l'indication de paiement.

Ce code est composé de deux lettres représentant la classe anatomique suivies de chiffres (maximum 8). Le système CIP vérifie la validité du code d'indication reconnue à la date de service. Pour de plus amples informations, vous référer au répertoire *Codes des médicaments d'exception*.

2.2.4 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 RAMQ de traiter conformément la demande de paiement.

2.2.4.1 Médicament magistral

Médicament magistral pour les situations autres que la mise en capsule

- **Principes à respecter lors de la facturation du médicament magistral**
 - Le code de service doit correspondre à **M1, M2 ou M3**.
 - Le type de service doit correspondre au type de préparation magistrale A à H ou J.
 - Chaque code de produit composant la préparation magistrale doit être inscrit.
 - Le coût de chaque ingrédient est calculé selon le prix payable établi à la *Liste des médicaments*.
 - Incrire pour chaque ingrédient utilisé le format d'acquisition, la quantité, le coût et 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.

Les tableaux ci-dessous présentent les différentes catégories et les types de préparation magistrale.

Code de service	Description des codes de service		
	Type de service	Formes pharmaceutiques	Instruments
M1 Catégorie 1	A à H	Formes liquides ou solides Exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	Instruments de base Exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatule, plaque de verre ou tablette, papier parchemin, pilon et mortier.
M2 Catégorie 2	A à H, J	Préparation autre qu'une mise en capsule Exemples : sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés Exemples : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
M3 Catégorie 3	A à H, J	Préparation obligatoire sous hotte autre que la mise en capsule	

Remarque : Si le code de facturation fait partie de la catégorie *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments*, il est possible, lorsque requis, d'indiquer plusieurs fois le même code de facturation sur la demande de paiement pour distinguer chacun des produits de la préparation magistrale.

Préparation magistrale de mise en capsule faite à partir d'un produit de la [Liste des médicaments](#) ou dans le cadre de la mesure du patient d'exception

■ Principes à respecter lors de la facturation de la mise en capsule

- Le code de service choisi correspond au service exécuté (voir les codes **P, O, N, G** et **6** dans le tableau qui suit), selon la catégorie de préparation 2 ou 3 et la méthode utilisée (fabrication manuelle ou avec un gélulier).
- Le type de service doit correspondre au type de préparation magistrale **I, K** ou **L**.
- Chaque code de produit composant la préparation magistrale doit être inscrit.
- Le coût de chaque ingrédient est calculé selon le prix payable établi à la *Liste des médicaments*.
- Pour chaque produit utilisé, le format d'acquisition, la quantité, le coût et la source d'approvisionnement, s'il y a lieu, doivent être inscrits.

■ **Remarque**

Le pharmacien dispensateur reçoit du pharmacien préparateur les informations sur le coût unitaire de chaque ingrédient de la capsule préparée et sur les honoraires de préparation selon la méthode utilisée. Le système calcule les honoraires de préparation selon le code de service choisi et la quantité de capsules servies. Les frais de préparation et les frais de dispensation sont combinés dans le champ « frais de service ».

Le tableau suivant présente les catégories et les types de préparations magistrales de mise en capsule.

Catégorie de préparation	Code de service selon la méthode utilisée	Type de service
Catégorie 2 Fabrication de capsules ou capsules placebo	P2, G2, N2, O2 ou 62 (sans gélulier) P3, G3, N3, O3 ou 63 (gélulier)	I, K ou L
Catégorie 3 Fabrication sous hotte de capsules ou capsules placebo	P4, G4, N4, O4 ou 64 (sans gélulier) P5, G5, N5, O5 ou 65 (gélulier)	I, K ou L

■ **Exemple de facturation**

Un pharmacien dispensateur demande à un pharmacien préparateur des capsules qu'il doit servir dans un pilulier. Le pharmacien dispensateur reçoit du pharmacien préparateur le coût unitaire de chaque ingrédient de la capsule préparée et les honoraires de préparation selon la méthode utilisée.

Informations transmises par le pharmacien préparateur

Composante	Code de produit (DIN)	Prix de la Liste ou prix réel d'acquisition	Quantité	Coût du produit
Médicament actif	521701	0,093 \$	0,25	0,023 \$
Adjuvant	900834	0,05 \$	10	0,50 \$
Capsule vide	99001519	0,1 \$	1	0,10 \$

Les honoraires de préparation de mise en capsule de catégorie **2** et de type **K** avec gélulier (code **P3**) sont de 1,18 \$ par capsule.

Dans la demande de paiement, **transmettre la quantité totale de capsules servies**, le coût des composantes multiplié par le nombre de capsules servies ainsi que le code de service selon le

mode de distribution choisi par le pharmacien. Le système calcule les honoraires de préparation et de dispensation en fonction du code de service choisi.

Dans l'exemple, pour une quantité de **7 capsules**, le code de service correspondant à la catégorie de préparation doit être sélectionné et **les quantités unitaires requises doivent être multipliées par 7**. Ainsi, le pharmacien sélectionne le code de service **P3** avec le type **K** et saisit les produits et les quantités servies dans le système :

Code de produit (DIN)	Quantité	Coût du produit
521701	1,75 (0,25 x 7)	0,16 \$ (0,023 \$ x 7)
900834	70 (10 x 7)	3,50 \$ (0,50 \$ x 7)
99001519	7 (1 x 7)	0,70 \$ (0,10 \$ x 7)

Le total des honoraires est calculé et transmis dans les frais de service.

Honoraires	Montants
Préparation (code de service P3)	7 capsules x 1,18 \$
Dispensation en service P (7 jours)	4,8350 \$
Total des frais de service à transmettre :	13,10 \$

Médicament magistral selon la mesure du patient d'exception autre que la mise en capsule

■ Principes à respecter lors de la facturation du médicament

- Le code de service doit correspondre à **M1, M2 ou M3**.
- Le type de service doit correspondre à **L : Préparation magistrale selon la mesure du patient d'exception**.
 - Le pharmacien doit indiquer le code de facturation :
 - o du ou des ingrédients actifs commercialisés ou, pour les poudres, le code de facturation inscrit sur la lettre transmise par la RAMQ à la personne assurée*.
 - o de chacun des véhicules, solvants ou adjuvants inscrits à la section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments**
- *Pour connaître les codes de facturation des poudres, consultez la page [Codes de facturation liés à la mesure du patient d'exception](#).
- Le format d'acquisition, la quantité et le coût demandé doivent être saisis, ainsi que la source d'approvisionnement et la marge bénéficiaire du grossiste, s'il y a lieu.

Code de service	Description des codes de service		
	Type de service	Formes pharmaceutiques	Instruments
M1 Catégorie 1	L	Formes liquides ou solides Exemples : crèmes, pommades, lotions, lavements, etc.	Instruments de base Exemples : cylindres gradués, balance et poids métriques, spatule, plaque de verre ou tablette, papier parchemin, pilon et mortier.
M2 Catégorie 2	L	Préparation autre que la mise en capsule Exemples : sachets, suppositoires	Appareils et instruments plus spécialisés Exemples : balance à 4 décimales, moules pour suppositoires, plaque chauffante, mélangeur, etc.
M3 Catégorie 3	L	Préparation obligatoire sous hotte autre que la mise en capsule	

■ **Remarques**

Si le code de facturation fait partie de la catégorie *Véhicules, solvants et adjuvants* de la *Liste des médicaments*, il est possible, lorsque requis, d'indiquer plusieurs fois le même code de facturation sur la demande de paiement pour distinguer chacun des produits de la magistrale.

Lors d'une préparation magistrale non stérile selon la mesure du patient d'exception, s'il y a présence d'un ou de plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants non répertoriés à la *Liste des médicaments*, le code de facturation **99110793** doit être utilisé.

Ce code de facturation ne s'applique pas aux contenants, aux filtres, aux bouteilles ou à tout autre matériel utilisé pour les préparations magistrales non stériles. Le prix payable est alors le prix coûtant du pharmacien.

Type de service	Description de la préparation magistrale
A	Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la <i>Liste des médicaments</i> et qui renferme une substance active
B	Une préparation d'un rince-bouche résultant du mélange : <ul style="list-style-type: none"> de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants
C	Une préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la <i>Liste des médicaments</i> et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants
D	Une 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 %
F	Une solution ou suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de gabapentine, d'hydroxyurée, de méthadone, de méthronidazole, de phytanadione, de prednisone, de pyridoxine (à partir de la solution injectable 100 mg/mL) ou de vancomycine
G	Une des préparations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> préparation pour usage rectal à base de sucralfate préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem
H	Une préparation pour usage oral de benzoate de sodium
I	Type de service pour la préparation de capsules placebo à partir d'un médicament de la <i>Liste des médicaments</i> ou à partir de capsules vides
J	Type de service pour la mise en sachet de poudre ou de comprimés triturés accompagnés ou non d'un véhicule, d'un solvant ou d'un adjuvant
K	Type de service pour la préparation de capsules qui consiste à introduire dans des capsules vides un seul médicament actif avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants, s'il y a lieu
L	Médicament magistral selon la mesure du patient d'exception

2.2.4.2 Fournitures

2.2.4.2.1 Fourniture de chambre d'espacement

■ Principes à respecter

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de service doit correspondre à **X** ou à **Y** :
 - **X** : Fourniture de chambre d'espacement.
 - **Y** : Fourniture de masque, sans honoraires de dispensation.
- Le code DIN de la fourniture est obligatoire.

2.2.4.2.2 Fourniture admissible lors d'un service de vaccination

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre **Y : Fourniture sans honoraires**.
- Le code de facturation de la fourniture nécessaire à l'administration d'un vaccin doit correspondre au DIN 99113726 :
 - Le remboursement de l'ensemble de fournitures est au prix réel d'acquisition de la pharmacie jusqu'à un montant maximal de 0,50 \$. Ce montant inclut la marge bénéficiaire du grossiste.
 - **Un seul ensemble** doit être facturé par vaccin administré, et ce, au nom de chacune des personnes concernées.

■ Remarque

Pour les **principes à respecter** du Service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation de la fourniture admissible avec le service de vaccination, voir la section [2.2.4.36](#).

2.2.4.2.3 Fourniture admissible lors d'une intervention d'urgence

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre **Y : Fourniture sans honoraires**.
- Le code de facturation de la fourniture nécessaire à l'administration d'un médicament doit correspondre au DIN 99113729 :
 - Le remboursement de l'ensemble de fournitures est au prix réel d'acquisition de la pharmacie jusqu'à un montant maximal de 0,50 \$. Ce montant inclut la marge bénéficiaire du grossiste.
 - **Un seul ensemble** doit être facturé par intervention.

■ Remarque

Pour les **principes à respecter** du Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence, voir la section [2.2.4.33](#).

2.2.4.2.4 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies

Lors de la facturation de certaines fournitures, il est obligatoire d'inscrire un code d'intervention en présence du code de service **F** : fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables (sans aiguille), de seringues de chlorure de sodium préremplies.

Les fournitures concernées par cette obligation sont les suivantes :

- aiguille jetable;
- seringue avec aiguille jetable rétractable ou pour insuline;
- seringue et aiguille jetables;
- seringue jetable sans aiguille;
- seringue préremplie de chlorure de sodium.

Le coût du service prévu pour la fourniture de seringue-aiguille jetable ainsi que le coût des seringues-aiguilles jetables sont payables lorsque :

- le service a été prévu pour une personne assurée porteuse d'une ordonnance, aux fins d'autoadministration, 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 coût du service prévu pour la fourniture de seringues jetables (sans aiguille) est payable lorsque le service a été rendu à une personne assurée qui nécessite l'administration d'un médicament de la classe des agonistes des opiacés, des anticonvulsivants, ou des immunosuppresseurs sous forme liquide par voie orale et qu'elle-même ou la personne aidante est dans l'impossibilité de mesurer adéquatement la dose prescrite. Le service est également payable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés et qu'aucun professionnel habilité à préparer une dose de médicament n'exerce dans cette résidence.

Le coût du service prévu pour la remise de seringues de chlorure de sodium préremplies ainsi que le coût de seringues elles-mêmes sont payables lorsque le service a été rendu à une personne assurée dans le but de permettre l'irrigation de cathéter lorsqu'elles sont utilisées conjointement à un médicament administré par voie parentérale.

■ Principes à respecter

- Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles, aiguilles jetables ou seringues jetables sans aiguille et il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament) du médicament pour inhalothérapie ou du médicament sous forme liquide administré par voie orale.
- Le code de service doit correspondre à **F : Fournitures**.
- Le code d'intervention doit correspondre à :

	Valeur
• insuline et autre médicament injectable	LA
• inhalothérapie	LB
• agoniste des opiacés par voie orale	LC
• anticonvulsivant par voie orale	LD
• immunosuppresseur par voie orale	LE
• chlorure de sodium par voie parentérale (seringue préremplie pour rinçage de tubulure ou cathétér)	LF

■ **Remarques**

L'ordonnance pour le médicament injectable (insuline ou autre médicament), pour le médicament pour inhalothérapie ou pour le médicament liquide sous forme orale doit être facturée avec le code de service propre à l'exécution ou au renouvellement d'une ordonnance (code de service **O**).

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

Les seringues préremplies de chlorure de sodium pour la thérapie parentérale doivent être facturées avec le code de service **F**.

Le numéro d'ordonnance est obligatoire pour la facturation des seringues-aiguilles, aiguilles jetables ou seringues jetables sans aiguille. Il doit être différent de celui du médicament injectable (insuline ou autre médicament), du médicament pour inhalothérapie ou du médicament sous forme liquide administré par voie orale.

2.2.4.3 Médicament requérant une dilution ou une dissolution fournie avec un solvant

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **K : Dilution ou dissolution avec solvant**.
- Incrire le code de facturation (DIN) du médicament.
- Incrire le code de facturation (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).

2.2.4.4 Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement

AVIS : Les règles relatives au refus d'exécution d'une ordonnance sont abrogées au 31 mars 2023.

2.2.4.5 Opinion pharmaceutique

■ **Principes à respecter**

- Le numéro du prescripteur à qui est transmis l'opinion est obligatoire.
- Le code de service doit correspondre à **3 : Opinion pharmaceutique sur l'amorce d'un traitement médicamenteux**.
- Le numéro d'ordonnance doit correspondre au numéro de référence correspondant à l'opinion.

Le numéro d'identification (DIN) du médicament recommandé est obligatoire.

■ **Remarques**

Lorsque l'opinion pharmaceutique est transmise par un pharmacien à un guichet d'accès à la première ligne (GAP), mais qu'aucun prescripteur n'est connu :

- le type de prescripteur doit correspondre à **99**;
- le numéro du prescripteur doit correspondre à **GAP**.

2.2.4.6 Service sur appel

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

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **A : Service sur appel**.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire et doit être différent de ceux utilisés pour les services pharmaceutiques.

2.2.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie

AVIS : *Les règles relatives à l'initiation d'une pharmacothérapie seront abrogées le 15 février 2023.*

2.2.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier

Pilulier selon la Règle 24

Selon la **Règle 24** de l'Entente 2022-2025, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament liée à une maladie chronique ou de longue durée et qu'il fournit des médicaments pour une durée de traitement de 28 jours ou moins sous la forme d'un pilulier, il peut se prévaloir de la rémunération prévue au point 11 de l'annexe III de l'Entente.

Le service du pilulier doit être effectué de manière hebdomadaire ou aux 2 semaines. À chaque service du pilulier pour une période de 7 ou 14 jours, le pharmacien peut se prévaloir de la rémunération prévue au point 11 de l'annexe III pour chaque période de 7 jours, soit 25 % du tarif indiqué.

Toutefois, lorsque la personne assurée quitte temporairement son domicile ou que des circonstances exceptionnelles liées à l'isolement ou à la distance mettent en péril la prise de médicaments, le service du pilulier peut être effectué pour 21 ou 28 jours.

Consultez la Règle 24 de l'Entente 2022-2025 pour connaître toutes les justifications et les critères de paiements.

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **P : Pilulier**.
- La durée de traitement doit correspondre à **28** jours ou moins (moins de 7 jours exceptionnellement).

Pilulier selon la Règle 25

Selon la **Règle 25** de l'Entente 2022-2025, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération hebdomadaire est égale à 25 % du tarif prévu au point 1C de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la Règle 24.

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale visé au 1^{er} alinéa de la Règle 25 de l'Entente 2022-2025 et qu'il fournit, conformément à la quantité inscrite sur l'ordonnance, des médicaments pour une durée de traitement de moins de 7 jours, la rémunération prévue est celle paraissant aux points 1B ou 1C de l'annexe III, pour la première ordonnance facturée à cette date et selon cette durée de traitement.

Pour les ordonnances subséquentes facturées à cette même date et selon cette même durée de traitement, le tarif prévu est celui qui paraît aux points 1D ou 1E de l'annexe III. Ces tarifs s'appliquent qu'il y ait ou non supervision de la prise de médicament par un pharmacien, un technicien ou un livreur. Ils s'appliquent à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

- surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée;
- VIH;
- tuberculose;
- traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, sous réserve de toute médication assujettie à l'application et la tarification de la Règle 29;
- en vertu d'un jugement qui l'ordonne.

Ces tarifs s'appliquent également dans les cas de personnes assurées pour lesquelles un médecin a fait une demande écrite au pharmacien justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de 7 jours).

Consultez la Règle 25 de l'Entente 2022-2025 pour connaître toutes les justifications et les critères de paiements.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **G : Pilulier règle 25**.
- Incrire une durée de traitement correspondant au nombre de piluliers servis.
- Incrire les frais de service selon le nombre de piluliers servis jusqu'au maximum d'honoraires permis.

■ **Remarque**

Afin que soit synchronisée la facturation de l'ensemble des médicaments servis sous la forme de piluliers, le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **PG**. Lorsque vous indiquez le code d'intervention **PG** sur une demande de paiement pour un médicament inclus dans un pilulier, la date de renouvellement est réinitialisée.

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**

- Le code de service doit correspondre à **P** ou **G** :

	Valeur
• pilulier selon la Règle 24	P
• pilulier selon la Règle 25	G

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **PI** : pour permettre la facturation en piluliers d'un produit de format indivisible dont la quantité facturée est inférieure à la quantité du format.

2.2.4.9 Modification à la baisse de la durée du traitement

Conformément au paragraphe e) de la Règle 19 de l'annexe II de l'Entente, le pharmacien peut exceptionnellement fournir les médicaments pour un traitement d'une durée de moins de 30 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

Un pharmacien qui désire fractionner une ordonnance pour permettre la facturation d'un service pour une durée de traitement de moins de 7 jours doit respecter les instructions de facturation pour l'ensemble de la médication de la personne assurée :

Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance**.

Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement :

- Le code de service doit correspondre à **6 : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours**.

Le pharmacien qui désire fractionner une ordonnance pour permettre la facturation d'un service pour une durée de traitement de **7 jours ou plus** doit respecter les instructions de facturation qui suivent.

Pour la première ordonnance d'un médicament facturée :

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance**.
- Le code d'intervention doit correspondre à **CV : Pers. Ass. ou qui cohabite avec elle avec danger suicidaire**.

Pour modifier la durée du traitement de l'ordonnance prescrite à la baisse (personne assurée ou personne qui cohabite avec elle et qui présente un danger suicidaire).

Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement :

- Le code de service doit correspondre à **6 : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours**.

Dans ces situations, malgré le libellé du code, la durée de traitement peut correspondre à 7 jours ou plus.

- Le code d'intervention doit correspondre à **CV : Pers. Ass. ou qui cohabite avec elle avec danger suicidaire**.

2.2.4.10 Mise en seringue d'insuline

La mise en seringue d'insuline est acceptée avec le code de service **I (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**

- Le code de service doit correspondre à I : **Mise en seringue d'insuline**
- Incrire le ou les codes de facturation (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. 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.

2.2.4.11 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS

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 valide a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs des médicaments énumérés à l'Annexe H du *Guide administratif – Liste des médicaments prescrits pour le traitement d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)*. Le pharmacien peut également être rémunéré par la RAMQ 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 :

- 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**

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'une personne à charge mineure 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 relations avec les professionnels](#) 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.

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

	Valeur
• programme ITSS avec particularité K (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS)	1K
• programme ITSS avec particularité L (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1L
• programme ITSS avec particularité M (traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydirose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1M

- Incrire le code DIN du médicament.
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à **0**, car le renouvellement de cette ordonnance n'est pas payable.

2.2.4.12 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 valide a le droit de recevoir gratuitement un ou plusieurs des médicaments énumérés à l'Annexe I du *Guide administratif – Liste des médicaments prescrits pour la chimioprophylaxie ou le traitement de la tuberculose*. Le pharmacien peut également être rémunéré par la RAMQ 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 :

- 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

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'une personne à charge mineure de moins d'un an	2

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

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

- le pharmacien doit appeler le [Centre de relations avec les professionnels](#) 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.
- Incrire le code de programme spécial auquel s'applique la demande de paiement :

	Valeur
• 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

- Incrire le code DIN du médicament.

2.2.4.13 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.

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	2022-12-30
date de service de la demande de paiement antérieure	2022-12-04
durée de traitement de la demande de paiement antérieure	30 jours
date prévue du renouvellement	2023-01-03 (2022-12-04 + 30 jours)
date prévue du renouvellement suivant	2023-02-02 (2022-01-03 + 30 jours)
Date prévue du renouvellement subséquent	2023-03-04 (2023-02-02 + 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 manœuvre acceptable :

- si la durée de traitement de la demande de paiement en cours est inférieure à 60 jours, une marge de manœuvre 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 manœuvre 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 manœuvre 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 (SSAAMMJJ)

Lorsque l'écart entre la date du service et la date prévue du renouvellement **ne dépasse pas** la marge de manœuvre 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 manœuvre 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 manœuvre 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 manœuvre 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.
- Incrire le code d'intervention ou d'exception propre à la situation :

	Valeur
• 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 <i>Liste des médicaments</i>), mais facturé pour des ordonnances différentes	DG

	Valeur
• synchronisation des ordonnances dans le respect de la Règle 19 de l'annexe II 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 2 lieux différents	DK
• anticipation – médicament requis lors du rendez-vous médical	DL
• autre situation de renouvellement hâtif préautorisé par la RAMQ 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 RAMQ 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

■ **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.

2.2.4.14 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**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **MG : Modifier nombre renouvellement ou date fin validité de l'ordonnance**.
- Incrire le nombre de renouvellements restants en tenant compte de la correction apportée.

Voici un exemple d'une situation où 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 est de 15, mais le pharmacien a inscrit 12. À ce jour, 10 renouvellements ont été facturés. Donc, en utilisant le code d'intervention **MG** particulier, inscrire 5 comme nombre de renouvellements restants.

- Modifier la date de fin de validité, le cas échéant.

2.2.4.15 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 RAMQ, pour repérer les erreurs de facturation. Après vérification de la quantité de médicaments et de la durée du traitement inscrites sur la demande de paiement transmise à la RAMQ, 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**

- Le code d'intervention doit correspondre à **MQ : Pour permettre le dépassement de la quantité maximale journalière**.

■ **Remarque**

La durée de traitement doit être indiquée en fonction de sa posologie ou de la durée réelle du traitement correspondant à la période normalement prévue entre deux renouvellements, le cas échéant.

2.2.4.16 Gestion des quantités journalières maximales autorisées pour certains médicaments d'exception

L'indication reconnue pour le paiement de certains médicaments d'exception prévoit une dose ou une posologie maximale qui se traduit par une quantité journalière maximale autorisée.

En cas de dépassement de cette quantité journalière maximale autorisée lors de la facturation, la transaction sera refusée, et le message suivant apparaîtra : « **QJ – Quantité journalière facturée dépasse le maximum autorisé** ».

De plus, lors de la facturation d'un médicament d'exception avec une quantité journalière maximale autorisée, la quantité reçue dans l'historique des transactions sera validée. Si la moyenne de la quantité facturée dépasse les quantités journalières maximales autorisées, la transaction sera refusée, et le message suivant apparaîtra : « **QM – Quantité journalière calculée avec historique dépasse le maximum autorisé** ».

Principe à respecter

Pour éviter un refus, assurez-vous d'inscrire la durée de traitement exacte dans la demande de paiement.

Remarque

En cas de renouvellement hâtif, selon la situation, vous pouvez utiliser les codes suivants pour justifier le dépassement de la quantité journalière maximale autorisée : **MN, ME, MR, PG, MV, DJ, DH, DI, DL et FC**.

Le code d'intervention **MQ** ne peut pas être utilisé pour permettre le dépassement de la quantité journalière maximale autorisée.

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

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

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

■ **Principe à respecter**

- Le code d'intervention doit correspondre à « **MP : Montant supérieur à 1 000 \$** ».

2.2.4.18 Preuve temporaire d'admissibilité émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)

Le ministère 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 (ex. : 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 Description de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments](#) 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 RAMQ 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**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **MA** ou **MB** :

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

2.2.4.19 Thérapie parentérale

On regroupe sous l'appellation générale de « thérapie parentérale » la mise en contenant de médicaments sous la hotte destinés à être administrés 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 section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des 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**

- Le code de service doit correspondre à **T : Exécution ou renouvellement d'une thérapie parentérale**.
- Le type de service doit correspondre à :

Description	Type
• Sacs à gravité :	
avec préparation	A
sans préparation	B
• Sacs pour pompe :	
avec préparation	C
sans préparation	D
• Cassette 50 ml :	
avec préparation	E
sans préparation	F
• Cassette 100 ml :	
avec préparation	G
sans préparation	H
• Perfuseurs élastomériques :	
avec préparation	I
sans préparation	J
• Seringues :	
avec préparation	K
sans préparation	L

- 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.
Pour déterminer le nombre de contenants préparés, le système cumulera le nombre de contenants facturés.
- Incrire les codes DIN pour les médicaments, adjutants, solvants et fournitures utilisés pour la préparation de la thérapie parentérale.
- Incrire pour chaque composante utilisée :
 - le format d'acquisition;
 - la quantité;
 - le coût;
 - la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.
- **Pour les types de service A à D, inscrire pour le code de facturation du contenant 99100585 les informations suivantes :**
 - le format d'acquisition qui doit correspondre à 1;
 - la quantité correspondant au nombre de contenants ou d'unités préparés;
 - le coût du contenant à 0,00 \$ puisque celui-ci n'est qu'un indicateur du nombre de contenants préparés.

■ **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 [1.7.4.10 Le code d'intervention doit](#) correspondre à **CV : Pers. Ass. ou qui cohabite avec elle avec danger suicidaire.**

Mise en seringue d'insuline et [2.2.4.20 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#).

2.2.4.20 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 section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des 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. 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. Les frais de service autorisés sont calculés uniquement à partir des tarifs unitaires des seringues remplies et fournies.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **Q : Mise en seringue de chlorure de sodium**.
- Le type de service doit correspondre à **A : Mise en seringue**.
- Incrire le code de facturation (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.
- Incrire pour chaque composante utilisée le format d'acquisition, la quantité, le coût, la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Remarque**

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

2.2.4.21 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, solvants ou adjuvants) de la *Liste des médicaments* dont le mélange final correspond à la description de la préparation magistrale de solution ophtalmique inscrite à la section 3 de la *Liste des médicaments*.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à la solution ophtalmique **R : Préparation de solution ophtalmique**.
- Le type de service doit correspondre à **A : Préparation ophtalmique**.
- Le code de facturation (DIN) du contenant **99100528** qui identifie le nombre d'unités préparées doit être présent.
- Le ou les codes DIN des véhicules, solvants ou adjuvants doivent correspondre à un produit inscrit à la section *Véhicules, solvants ou adjuvants* de la *Liste des médicaments*.
- Le format d'acquisition, la quantité et le coût demandé ainsi que la source d'approvisionnement et la marge du grossiste, s'il y a lieu, doivent être saisis.

■ **Remarque**

Le service rendu est payable seulement si les produits facturés correspondent aux produits indiqués sur la lettre expédiée à la personne assurée (*Demande d'autorisation de paiement*). Si le pharmacien modifie un des ingrédients, une nouvelle demande d'autorisation du médecin traitant est requise.

2.2.4.22 Frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles

Les frais d'emballage sont remboursables lorsqu'une demande de remboursement des frais de transport régulier ou d'urgence a été présentée pour une thérapie parentérale, une solution ophtalmique ou une préparation magistrale non stérile.

Plusieurs préparations peuvent être contenues dans un même paquet. Dans cette situation, un seul coût d'emballage est remboursable.

Le numéro de l'ordonnance doit être le même que celui pour lequel le pharmacien dispensateur fait la demande de paiement en médicament, honoraires et transport.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **8 : Frais d'emballage**.
- Aucun code de facturation (DIN) n'est requis sur la demande de paiement.

2.2.4.23 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile

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

- Afin d'assurer la continuité d'un traitement requis pour les 24 premières 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 RAMQ).

Si deux ou plusieurs paquets font l'objet d'un même envoi, les frais de transport sont payables une seule fois et ils doivent être facturés sous l'un ou l'autre des numéros d'ordonnance.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **7 : Transport des thérapies parentérales, des solutions ophtalmiques et des préparations magistrales non stériles**.
- Incrire 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.
- Incrire le montant réel encouru. Pour les montants supérieurs à 25,00 \$, le pharmacien dispensateur doit obtenir une autorisation préalable de la RAMQ en communiquant avec le [Centre de relations avec les professionnels](#). Un montant maximal de 75,00 \$ est autorisé par la RAMQ.
- Incrire le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement de l'exécution ou du renouvellement d'ordonnance de la préparation stérile, de la solution ophtalmique ou de la préparation magistrale non stérile.
- Incrire le code d'intervention ou d'exception correspondant à la raison motivant le transport d'urgence :

	Valeur
• 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
• assurer la continuité d'un traitement – pour les 24 premières 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 transporteur (avec autorisation préalable de la RAMQ)	TR
• maintenir la stabilité du produit en livrant le paquet dans un court délai, soit moins de 24 heures	TS

2.2.4.24 Transmission d'un profil

La Règle 12 de l'Entente 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**

- Le code de service doit correspondre à **2 : Transmission de profil**.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- Aucun code DIN ne doit être présent sur la demande de paiement.
- Les renseignements suivants devront être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé pour effectuer ladite facturation et versés au registre :
 - la date de transmission du profil;
 - le nom du demandeur et sa fonction;
 - le lieu où le profil a été transmis;
 - les raisons, si connues, qui motivent cette transmission;
 - le profil lui-même, c'est-à-dire la *Liste des médicaments* transmise au demandeur.

■ **Remarque**

S'il s'agit d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit à la RAMQ, 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**.

2.2.4.25 Demande de dérogation pour inscription rétroactive

La Règle 28 de l'Entente prévoit que, lorsqu'un pharmacien demande une dérogation au regard d'une inscription rétroactive au régime public d'assurance médicaments pour des services exécutés au-delà d'une période de 99 jours, celui-ci doit transmettre la demande de façon interactive ou en remplissant le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

■ **Principes à respecter**

- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de service doit correspondre à **5 : Transmission de demandes à la suite d'une dérogation – inscription rétroactive**.
- Aucun code de facturation (DIN) ne doit être présent sur la demande de paiement.
- Incrire 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.

2.2.4.26 Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale chronique

La Règle 25 de l'Entente 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 assujettis au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041);
- les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) et g) de la Règle 19 de l'annexe II de l'Entente.

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

Problème de santé ou condition médicale 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) et g) de la Règle 19 sont exclus de cette rémunération.

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **N : Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique**.
- Le médicament doit être de forme pharmaceutique orale solide.

Services chroniques de moins de 7 jours

Le pharmacien fournit un médicament pour une durée de traitement de moins de 7 jours pour les cas suivants (selon la quantité inscrite sur l'ordonnance) :

- surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée;
- VIH;
- tuberculose;
- traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes;
- en vertu d'un jugement qui l'ordonne.

Ces tarifs s'appliquent également dans les cas de personnes assurées pour lesquelles un médecin a fait une demande écrite justifiant les raisons pour lesquelles les médicaments doivent être servis pour de courtes durées de traitement (moins de 7 jours). La condition de la personne assurée doit être réévaluée au moins une fois par année par le médecin traitant. Les conditions suivantes doivent être respectées :

- L'essai du pilulier par la personne assurée ne peut être envisagé ou il s'est avéré infructueux;
- La personne assurée vit seule ou elle cohabite avec une autre personne dont les incapacités sont telles que même l'utilisation d'un pilulier ne peut être envisagée pour la gestion de la médication de la personne assurée. Ce tarif n'est pas applicable lorsque la personne assurée habite dans une résidence privée pour aînés.

■ Principes à respecter

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 7 jours.

Pour la première ordonnance d'un médicament facturée de moins de 7 jours :

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance.**

Pour les ordonnances de médicament subséquentes facturées la même date et pour la même durée de traitement de moins de 7 jours :

- Le code de service doit correspondre à **6 : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours.**

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

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

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **E : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive.**

2.2.4.28 Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

La règle 29 de l'Entente prévoit un tarif particulier lorsque le pharmacien exécute une ordonnance pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'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, une 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**

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de service doit correspondre à **J : Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes**.
- Le type de service doit correspondre à :

	Valeur
• facturation des honoraires payables pour la supervision de la prise de médicament (admissible une fois par jour)	A
• facturation des honoraires payables pour des teneurs différentes du médicament facturé le même jour avec le type de service A	B
• facturation des médicaments délivrés sans honoraires lorsque plus d'une dose quotidienne est requise	C

- 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;
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à **0**;
- Incrire pour chaque composante utilisée :
 - le format d'acquisition;
 - la quantité;
 - le coût;
 - la source d'approvisionnement, s'il y a lieu.

■ **Particularité**

Lorsque la personne détient des priviléges 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.

2.2.4.29 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, vous pouvez remplir le formulaire de [demande d'exemption du prix maximum payable \(PMP\) – Nexium \(Esoméprazole\),Prevacid FasTab \(Lansoprazole\) \(8500\)](#) ou utiliser le [service en ligne Patient et médicaments d'exception](#). Vous trouverez l'onglet Exemption du prix maximum payable (PMP) dans la section Médicament de votre formulaire de demande d'autorisation.

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

Cependant, 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**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **DQ : Pour permettre la facturation d'un code de produit autre – Décision du pharmacien**.

2.2.4.30 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse

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. Selon 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.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **V : Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament**.
- Ce service n'est pas soumis à la contribution.

Pour le service de prescription d'un médicament

- Le type de service doit correspondre à **A : Prescription d'un médicament**.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• rhinite allergique	GA
• herpès labial	GB
• acné mineure (sans nodules ni pustules)	GC
• vaginite à levure*	GD
• érythème fessier	GE
• dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée	GF
• conjonctivite allergique	GG
• muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde (jusqu'au 24 janvier 2021)	GH
• aphtes buccaux	GI
• dysménorrhée primaire*	GJ
• hémorroïdes	GK
• infection urinaire chez la femme*	GL
• candidose cutanée	GM
• candidose orale	GN

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

Pour le service de prescription d'un médicament

- Le type de service doit correspondre à **C : Prescription d'un médicament**.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• herpès zoster	GY
• traitement antiviral contre l'influenza	GZ
• traitement contre la maladie à coronavirus (à partir du 31 mars 2022)	GX

Pour le service d'amorce d'une thérapie médicamenteuse

- Le type de service doit correspondre à **B : Amorce d'une thérapie médicamenteuse**.
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

	Valeur
• diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation)	HA
• prophylaxie du paludisme	HB
• supplémentation vitaminique en périnatalité*	HC
• cessation tabagique (nicotine)	HE
• 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
• amorce de la prophylaxie antibiotique chez les patients exposés à la maladie de Lyme	HK
• amorce de la prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à l'influenza	HL
• amorce de la prophylaxie postexposition accidentelle au VIH	HM
• amorce du traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée	HN
• amorce du traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien selon les dispositions réglementaires	HO
• amorce du traitement de la gonorrhée et de la chlamydia d'une personne visée par un programme du MSSS pour le traitement accéléré des partenaires (à partir du 25 janvier 2021)	HP
• amorce du traitement des nausées et des vomissements légers à modérés excluant le mal des transports	HQ
• prévention des nausées et des vomissements excluant le mal des transports	HR
• contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas 6 mois	HS
• cessation tabagique (bupropion)	HT
• cessation tabagique (varénicline)	HU
• prophylaxie pour un patient à risque de complications liées à la maladie à coronavirus	HW

* Les codes **HC** et **HS** sont applicables seulement avec des personnes de sexe féminin.

La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence est l'une des conditions répondantes de la Règle 31 de l'amorce d'une thérapie médicamenteuse.

■ **Principes à respecter**

- Le pharmacien doit être le prescripteur.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **4 : Contraception orale d'urgence (COU)**.
- Aucun code de facturation (DIN) ne doit être présent sur la demande de paiement.
- Le service n'est plus soumis à la contribution.

Lorsque les contraceptifs oraux sont utilisés pour la contraception orale d'urgence, ils 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 des médicaments* :

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **0 : Exécution ou renouvellement d'ordonnance**.
- Le code de facturation (DIN) doit correspondre au médicament.
- Le coût du médicament correspond au coût de la fraction du format du contraceptif oral. Incrire 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.

■ **Remarque**

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

- 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**

- Le code de service doit correspondre à **0 : Exécution ou renouvellement d'ordonnance**.
- Le code d'intervention doit correspondre à **PL : Facturation pilule du lendemain**.
- Incrire la quantité du format du médicament.
- Le coût du médicament correspond au coût du format complet du contraceptif oral.
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à **0** (zéro).

2.2.4.31 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques

Le pharmacien peut prendre en charge l'ajustement de la dose de médicament pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, scientifiquement reconnues ou obtenues du professionnel responsable du suivi clinique du patient, soit :

- l'hypertension artérielle;
- la dyslipidémie;
- l'hypothyroïdie;
- le diabète traité ou non avec de l'insuline;
- le traitement prophylactique de la migraine;
- la douleur chronique;
- l'asthme;
- la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Le service correspondant à la rencontre initiale est facturé au moment où cette rencontre a lieu. La date de la rencontre initiale, le plan de prise en charge, les interventions et les suivis effectués doivent être consignés au dossier de la personne assurée.

Le service correspondant aux entrevues de suivi est facturé au moment où ces entrevues ont lieu. Le tarif correspondant aux entrevues de suivi est payable un maximum de deux fois par période de douze mois, et ce, peu importe le nombre d'entrevues.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et les entrevues de suivi prévues peuvent toutes deux être facturées par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

■ Principes à respecter

- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le nouveau code de service doit correspondre à **W2 : Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques**.
- Incrire le type de service :

Nouveaux principes pour autres cibles thérapeutiques	Valeur
<i>Une rencontre initiale et, sur une période de 12 mois, 2 rencontres de suivi par champ thérapeutique peuvent être facturées.</i>	
Rencontre initiale	A
Rencontre de suivi	B
Arrêt de prise en charge toute catégorie	Z

- Identifier par un code d'intervention le ou les champs thérapeutiques :

Champ thérapeutique	Code d'intervention
Hypertension artérielle	KA
Dyslipidémie	KB
Hypothyroïdie	KC
Diabète non traité avec de l'insuline (nouveau libellé)	KD
TraITEMENT prophylactique de la migraine (nouveau libellé)	KE
Diabète traité avec de l'insuline (nouveau libellé)	KF
Douleur chronique (à compter du 21 décembre 2022)	KH
Asthme (à compter du 21 décembre 2022)	KI
Maladie obstructive chronique (à compter du 21 décembre 2022)	KJ

- Ce service n'est pas soumis à la contribution.
- Le code d'intervention **IQ** peut être ajouté sur une demande de remboursement lorsque le système retourne un message de refus demandant une rencontre initiale avant une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique. Avec le code **IQ**, le pharmacien confirme l'exécution d'une rencontre initiale pour ce champ thérapeutique et peut donc poursuivre avec une rencontre de suivi.
 - o **IQ : Confirmation d'une rencontre initiale**

▪ **Particularité**

Le 21 décembre 2022 sont entrées en vigueur les nouvelles modalités du service de prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, pour lesquelles une retenue de la facturation est demandée jusqu'au 14 février 2023. Depuis le **15 février 2023**, et ce, **rétroactivement au 21 décembre 2022**, les demandes de paiement relatives à la règle 32 sont acceptées avec les nouvelles modalités.

2.2.4.32 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant l'anticoagulothérapie

Le pharmacien peut prendre en charge l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant l'anticoagulothérapie

Le service correspondant à la rencontre initiale est facturé au moment où cette rencontre a lieu. La date de la rencontre initiale, le plan de prise en charge, les interventions et les suivis effectués doivent être consignés au dossier de la personne assurée.

Afin d'obtenir la rémunération du forfait mensuel, le pharmacien doit facturer ce service chaque mois pendant la période du suivi. Le tarif correspondant aux entrevues de suivi est payable un maximum d'une fois par mois, et ce, peu importe le nombre d'entrevues.

En cas de transfert complet du dossier (changement de pharmacie), la rencontre initiale et les entrevues de suivi prévues peuvent toutes deux être facturées par le pharmacien qui reçoit le transfert et qui prend en charge le suivi.

■ **Principes à respecter**

- Le numéro du prescripteur est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **W : Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques** (anticoagulothérapie)
- Incrire le type de service :

	Valeur
<i>Une rencontre initiale et par la suite, une rencontre mensuelle est permise</i>	
Rencontre initiale pour l'anticoagulothérapie	D
Rencontre de suivi mensuel pour l'anticoagulothérapie	E
Arrêt de prise en charge toute catégorie	Z

- Identifier par un code d'intervention le champ thérapeutique :

	Valeur
Anticoagulothérapie	KG

- Ce service n'est pas soumis à la contribution.
- Le code d'intervention **IQ** peut être ajouté sur une demande de remboursement lorsque le système retourne un message de refus demandant une rencontre initiale avant une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique. Avec le code **IQ**, le pharmacien confirme l'exécution d'une rencontre initiale pour ce champ thérapeutique et peut donc poursuivre avec une rencontre de suivi.

- **IQ : Confirmation d'une rencontre initiale**

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

Depuis le 1^{er} avril 2023, la règle 35 est modifiée afin d'augmenter de 2 à 3 le nombre maximal de services payables par période de 12 mois par personne assurée, 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.

Le service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation n'est plus soumis à la contribution.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de service doit correspondre à **Z : Service de l'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation**.
- Le service peut être payé au plus 3 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 renouvez 3 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.

- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.34 Administration d'un médicament

Depuis le 21 décembre 2022, le nombre maximum de services facturables par année, par personne et par médicament pour l'administration d'un médicament aux fins d'en démontrer l'usage approprié est augmenté de 1 à 2.

Le paiement du service au pharmacien qui administre un médicament de forme injectable par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire est autorisé si le pharmacien :

- évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament afin de lui en démontrer l'usage approprié pour une autoadministration et qu'il lui fournit l'enseignement approprié;
- s'est assuré, avant d'administrer le médicament, qu'il y a lieu de l'administrer;
- a obtenu le consentement du patient.

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de service doit correspondre à **FE : Administration d'un médicament**.
- Le médicament administré doit être de forme injectable.
- Ce tarif est payable deux fois par année, par personne assurée, par médicament (par dénomination commune et forme).
- Ce service n'est pas soumis à la contribution.

Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence

Le service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence est une activité sous la Règle 36 **Administration d'un médicament**.

Le service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence est remboursé selon le régime général d'assurance médicaments.

Lors d'une situation d'urgence, le pharmacien évalue que la personne assurée pourrait bénéficier de l'administration d'un médicament lors d'une situation pour laquelle une intervention doit être faite immédiatement lorsqu'une personne assurée est en danger, en attendant les premiers répondants, si les circonstances l'exigent. Le médicament administré doit être inscrit sur la *Liste des médicaments* et le tarif comprend également le service d'exécution de l'ordonnance. Les médicaments pouvant être administrés en situation d'urgence sont définis dans la réglementation en vigueur.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit être le pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **IU : Prescription et administration d'un médicament en situation d'urgence**.
- Le code de facturation (DIN) du médicament d'urgence est obligatoire.
- Le type de service doit indiquer la situation de l'intervention d'urgence :
 - **A** : Après la vaccination;
 - **B** : Toutes autres situations d'urgence.
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

■ **Remarque**

Pour les **principes à respecter** de la fourniture admissible avec le Service de prescription et d'administration de médicaments en situation d'urgence, voir la section [1.7.4.2.3](#).

2.2.4.35 Substitution thérapeutique d'un médicament

Avant de substituer un médicament, le pharmacien doit d'abord s'assurer qu'il ne peut l'obtenir auprès de 2 grossistes reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Si une infolettre proposant une solution de remplacement pour le médicament en rupture d'approvisionnement est publiée par la RAMQ, le pharmacien doit également s'assurer, selon les mêmes conditions, que cette solution de remplacement n'est pas disponible.

Un seul service est payable tant que le choix de traitement est en cours et que le traitement médicamenteux est poursuivi avec la solution déterminée par le pharmacien. Les opinions pharmaceutiques relatives à la substitution thérapeutique effectuée ne donnent droit à aucun paiement.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N**.
- Le code de service doit correspondre à **RA : Substitution thérapeutique d'un médicament**.
- Le code d'intervention doit correspondre à :

	Valeur
• Rupture d'approvisionnement : DIN du médicament en rupture obligatoire	AA
• Risque pour la sécurité d'un patient : DIN du médicament alternatif obligatoire	AB
• Médicament officiellement retiré du marché canadien : DIN du médicament en rupture obligatoire	AF
• Problème relatif à son administration : DIN du médicament alternatif obligatoire	AG

- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.36 Modification d'une thérapie médicamenteuse

Le paiement est autorisé lorsque le pharmacien effectue une modification d'une thérapie médicamenteuse, qu'il ajuste la posologie d'un médicament ou cesse un médicament à partir d'une ordonnance émise par un professionnel habilité à prescrire des médicaments, ou qu'il effectue ces modifications à la suite d'une demande d'un autre professionnel.

Lors de l'analyse du dossier pharmacologique par le pharmacien, si plus d'un **médicament doit être ajusté ou cessé**, le tarif désigné au point 17 de l'annexe III de l'Entente est appliqué pour chacun des médicaments ajustés ou cessés à compter du second jusqu'à un **maximum total de 4 ajustements ou cessations par intervention** auprès d'une personne assurée par jour.

L'ajustement de la forme ou de la quantité d'un médicament prescrit de même que la répartition d'une même dose quotidienne selon une fréquence posologique différente ne donnent droit à aucun paiement. De plus, les opinions pharmaceutiques ou les refus relatifs à l'ajustement réalisé ne donnent droit à aucun paiement.

Le service de modification d'une thérapie médicamenteuse n'est plus soumis à la contribution.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de service doit correspondre à **AD : Modification d'une thérapie médicamenteuse**.
- Le code d'intervention est obligatoire et doit correspondre à l'une de ces valeurs :

	Valeur
• Diminuer les effets indésirables d'un médicament	JA
• Gérer les interactions médicamenteuses	JB
• Prévenir la défaillance d'un organe	JC
• Prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques de la personne assurée	JD
• Prendre en compte le poids de la personne assurée	JE
• Améliorer la tolérance de la personne assurée à la thérapie médicamenteuse	JF
• Corriger une erreur manifeste de dosage	JG
• Autres situations	JH
• Assurance de l'efficacité ou de la sécurité de la thérapie	JI
• Cessation	JJ

- Le code de facturation (DIN) du médicament ajusté doit être inscrit.
- Pour un NAM :
 - 4 ajustements ou cessations par jour, et ce, pour l'ensemble des pharmacies :
 - un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour des dénominations communes différentes est permis;
 - chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement.
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.37 Service de vaccination

Le service de vaccination est destiné à toute personne visée par le programme québécois d'immunisation (PQI) et qui satisfait aux conditions qui y sont prévues. Le service ne porte que sur les médicaments prévus au PQI et publiés sur le site de la RAMQ.

Le service de vaccination comprend les services professionnels suivants :

- Évaluation du besoin de la personne admissible par un professionnel habilité à titre de vaccinateur;
- Prescription du vaccin, le cas échéant;
- Validation de l'ordonnance pour le vaccin, le cas échéant;
- Préparation de la vaccination;
- Administration du vaccin;
- Surveillance après l'administration du vaccin;
- Documentation de la vaccination au dossier-patient de la pharmacie, au dossier de l'infirmière si applicable;
- Documentation au registre provincial de vaccination;
- Gestion et utilisation de la plate-forme de rendez-vous déterminée par le MSSS.

La [liste des vaccins](#) visés par ce service et le coût sur lequel sera calculée la marge du grossiste pour chacun d'eux sont publiés sur notre site Web.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **VA : Vaccination**.
- Le type de service et la rémunération doivent correspondre au professionnel qui a délivré le service :
 - **A** : Pharmacien;
 - **B** : Autre vaccinateur habilité.
- Le vaccin doit être facturé en dose.
- Le code de grossiste doit indiquer le grossiste où le pharmacien s'est approvisionné.
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

■ **Remarque**

Le coût des fournitures inscrit à la *Liste des médicaments* n'est pas compris dans ces tarifs et est également remboursé. Pour les **principes à respecter** de la fourniture admissible avec le **service de vaccination**, voir la section [1.7.4.2.2](#).

2.2.4.38 Service de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs

Le service de la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs est destiné aux personnes pour lesquelles un médecin a établi un pronostic réservé, traitées à domicile, dans une résidence pour aînés, chez une personne aidante ou dans une maison de soins palliatifs, pour des médicaments inscrits à la *Liste des médicaments*.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le code de service doit correspondre à **SP : Service de prise en charge en soins palliatifs**.
- Un forfait hebdomadaire par NAM :
 - 1 demande de paiement par période de 7 jours;
- Le code de service **AD** (Ajustement de la dose) ne peut être réclamé en même temps.

- L'opinion et le refus ne peuvent être facturés durant la période de 7 jours.
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.39 Service de prise en charge après une hospitalisation

Le service de prise en charge après une hospitalisation est rémunéré au pharmacien à certaines conditions. La personne assurée doit avoir été hospitalisée plus de 24 heures et au moins 3 médicaments doivent être dans l'une ou l'autre des situations suivantes : être ajouté à la thérapie actuelle, être cessé ou faire l'objet d'une modification à la dose ou à la posologie. Dans tous les cas, le médicament doit être prescrit ou avoir été prescrit sur une base chronique (c'est-à-dire pour une période de 90 jours ou plus).

De ces 3 médicaments, aucun ne doit correspondre à l'un de ceux-ci :

- calcium;
- vitamine D;
- vitamine B12 per os;
- acétaminophène;
- acide acétylsalicylique;
- anovulants;
- laxatifs-purgatifs;
- inhibiteurs de la pompe à protons.

■ Principes à respecter :

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien;
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de service doit correspondre à **PH : Prise en charge après à une hospitalisation**
- Afin de répondre à la condition « au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants ». Trois codes d'intervention doivent être présents sur la demande de paiement et ils peuvent être identiques ou différents. Par exemple, une fois **AD**, **AC** ou **AD** et deux fois **AE**.

	Valeur
• pour un ajustement	AC
• pour un ajout	AD
• pour une cessation	AE

- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.40 Demande de consultation adressée à un pharmacien

Le pharmacien peut répondre à une demande de consultation d'un professionnel habilité à prescrire des médicaments, excluant un pharmacien communautaire, pour évaluer la thérapie médicamenteuse d'un patient.

■ Principes à respecter

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Dans le champ **Prescripteur**, le numéro du prescripteur doit correspondre au professionnel qui fait la demande de consultation
- Dans le champ **Pharmacien instrumentant**, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond de la demande de consultation

- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.**
- Le code de service doit correspondre à **DC : Consultation d'un pharmacien.**
- Le code d'intervention doit correspondre à l'une des conditions suivantes :

Les codes d'interventions possibles	
• Révision de l'historique des traitements et recommandations.	JK
• Recommandations sur la conduite à tenir en rapport avec des effets indésirables ou des anomalies de laboratoire pour des traitements ou médicaments.	JL
• Analyse pharmacologique pour déterminer la présence où l'absence d'un médicament en cause dans un problème de santé ou une anomalie de laboratoire.	JM
• Plan de sevrage d'un médicament avec suivi.	JN
• Évaluation des meilleures options pharmacologiques pour une condition particulière sans réponse au traitement pharmacologique de première intention.	JO
• Suggestions d'un traitement alternatif ou d'un titrage de médicament lorsqu'il n'existe aucun algorithme de traitement ou nomogramme s'appliquant à ce patient.	JP

- Contrôle sur la fréquence des demandes :

Une demande de consultation pour un NAM

- par pharmacie (raison sociale)
- par jour
- par numéro de professionnel demandeur (champ **Prescripteur**)

- Le service n'est pas soumis à la contribution.

2.2.4.41 Distribution d'autotests de dépistage de la COVID-19

Comme le prévoit le décret 319-2022 du 16 mars 2022, le Programme de distribution d'autotests de dépistage de la COVID-19 en pharmacie communautaire prend fin le 31 mars 2024.

Ce programme s'adresse à toute personne âgée de 14 ans et plus qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la RAMQ. Cette personne doit présenter sa carte d'assurance maladie, son carnet de réclamation ou sa carte d'admissibilité valide.

Les tests de détection rapide sont fournis gratuitement par le gouvernement aux pharmacies via les grossistes reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les pharmaciens doivent se procurer les tests de détection rapide par l'intermédiaire des grossistes. La RAMQ rembourse la marge du grossiste qui est établie à 6,5 % du prix de l'autotest.

Depuis le 15 mai 2023, date de l'entrée en vigueur du décret 556-2023, les tests de détection rapide sont fournis gratuitement à la clientèle vulnérable sur le plan économique et aux personnes à risque de complications de la COVID-19.

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre à un pharmacien.

- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie.**
 - Le code de service doit correspondre à **CV : Service lié à la pandémie.**
 - Le type de service doit correspondre à **A : Tests de détection rapide (autotest).**
 - Le code d'intervention : depuis le 15 mai 2023, un code d'intervention doit être ajouté à la demande de paiement pour accorder la gratuité aux clientèles suivantes :
 - pour les étudiants de 18 à 25 ans (assurance privée), **le code d'intervention IR** : Étudiant de 18-25 ans;
 - pour les personnes à risque de complications de la COVID-19 qui peuvent être admissibles au Paxlovid^{MC}, **le code d'intervention IS** : Clientèle à risque de complications COVID-19.
- Pour les autres clientèles admissibles à la gratuité, aucun code d'intervention n'est requis. Le système effectue automatiquement la validation.
- Le code de facturation doit correspondre à un des **DIN** suivants, selon le type de produit :

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Code de facturation	99113942	99113946	99114038
Marque de commerce	Autotest COVID-19 BTNX	Autotest COVID-19 SD Biosensor	Autotest COVID-19 (Flowflex)
Date de début d'effectivité	2021-12-20	2022-02-08	2022-08-08

- Le code de grossiste est obligatoire et doit indiquer le grossiste où le pharmacien s'est approvisionné.
- Ce service n'est pas soumis à la contribution.

Remarque : Voir les renseignements dans le document [Autres programmes et ententes particulières](#), pour l'entente particulière.

Pour les personnes qui ne peuvent présenter leur carte d'assurance maladie ou leur carnet de réclamation, le code d'intervention **MK** peut être utilisé pour générer un numéro d'assurance maladie (NAM) temporaire dans le cadre d'un programme de gratuité.

2.2.4.42 Traitement de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

Le Programme d'accès en pharmacies communautaires à certains traitements médicamenteux contre la COVID-19 a pris fin le 31 mai 2024. Le Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) est inscrit sur la *Liste des médicaments* depuis le 23 mai 2024 et le Veklury (remdésivir), depuis le 26 septembre 2024.

Ainsi, le Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) et le Veklury (remdésivir) font l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments (RGAM) pour traiter la COVID-19 légère ou modérée pour la personne admissible à risque de progression vers une forme sévère de la maladie ou à risque d'hospitalisation ou de décès. Une personne est considérée comme à risque si elle respecte l'une des conditions suivantes :

- elle présente une immunosuppression sévère;
- elle est âgée de 60 ans ou plus;
- elle présente une comorbidité, par exemple une insuffisance rénale ou hépatique chronique, une maladie cardiopulmonaire chronique, un diabète ou de l'obésité.

À l'instauration du traitement, la personne admissible doit avoir obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 et présenter des symptômes de la COVID-19 depuis un maximum de 5 jours pour le nirmatrelvir/ritonavir et de 7 jours pour le remdésivir. La durée maximale du traitement est de 5 jours pour le nirmatrelvir/ritonavir et de 3 jours pour le remdésivir pour un total de 4 fioles. Un traitement prolongé d'une durée maximale de 20 jours peut être instauré pour la personne admissible traitée avec le nirmatrelvir/ritonavir qui présente une immunosuppression sévère. Le nirmatrelvir/ritonavir fait à nouveau l'objet des garanties du RGAM pour la personne admissible lorsqu'au moins 3 mois se sont écoulés entre la fin du dernier traitement et le début d'un nouveau traitement.

■ **Principes à respecter**

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Un code doit être inscrit sur l'ordonnance ainsi que sur la demande de paiement en pharmacie.

Codes	Libellés des codes d'intervention à utiliser lors de la facturation des médicaments nirmatrelvir/ritonavir et remdésivir
ZS	Personne qui présente une immunosuppression sévère
ZT	Personne âgée de 60 ans ou plus
ZU	Personne qui présente une comorbidité

2.2.4.43 Service de prise en charge en soutien à la déprescription

La nouvelle Règle 33 vise à assurer un soutien par le pharmacien aux personnes assurées pour lesquelles une déprescription de médicaments est souhaitable.

■ **Principes à respecter**

- Le prescripteur doit être un pharmacien.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à **N : Nouvelle ordonnance**.
- Le code de programme doit correspondre à **07 : Service offert en pharmacie remboursé par la Loi sur l'assurance maladie**.
- Le nouveau code de service doit correspondre à **W1 : Service de la prise en charge en soutien à la déprescription**.
- Le type de service est obligatoire et doit correspondre à :

Nouveaux principes	Valeur
<i>Une rencontre initiale et, par période de 6 mois suivant celle-ci, 2 rencontres de suivi par catégorie de médicament peuvent être facturées.</i>	
Rencontre initiale	A
Rencontre de suivi	B

Nouveaux principes	Valeur
Une rencontre initiale et, par période de 6 mois suivant celle-ci, 2 rencontres de suivi par catégorie de médicament peuvent être facturées.	
Arrêt de prise en charge toute catégorie	Z

- Le code de facturation du médicament (DIN) est obligatoire.
- La quantité doit être à zéro.
- La durée de traitement doit être à zéro.
- Le code d'intervention **IQ** peut être ajouté sur une demande de remboursement lorsque le système retourne un message de refus demandant une rencontre initiale avant une rencontre de suivi pour un champ thérapeutique. Avec le code **IQ**, vous confirmez l'exécution d'une rencontre initiale pour ce champ thérapeutique et vous pouvez donc poursuivre avec une rencontre de suivi.
 - IQ : Confirmation d'une rencontre initiale
- Le service n'est pas soumis à la contribution.

Attention

Pour chaque dénomination commune :

- Il doit y avoir une rencontre initiale;
- Un maximum de 2 rencontres de suivi peut être facturé sur une période de 6 mois.
- Pour une même dénomination commune, il ne peut y avoir une rencontre initiale et une rencontre de suivi dans la même journée.

Depuis le **15 février 2023**, et ce, rétroactivement au **21 décembre 2022**, les demandes de paiement sont acceptées avec le code de service **W1** au tarif prévu à l'Entente.

2.2.5 Cas requérant l'autorisation préalable de la RAMQ

2.2.5.17 Médicament d'exception

Le pharmacien qui transmet une demande de paiement pour une ordonnance d'un médicament d'exception pour lequel le service de l'autorisation des médicaments et patient d'exception a émis une autorisation inscrit le code de programme **41**.

Pour donner accès aux médicaments d'exception visés par la codification aux personnes qui répondent aux critères, le prescripteur peut opter pour le mécanisme de codification ou obtenir une autorisation via le service en ligne.

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

Remarque : Voir la section 1.5 du *Guide administratif – Liste des médicaments*, pour connaître les modalités d'autorisation de paiement des médicaments d'exception.

■ Principes à respecter

- Le code de programme doit correspondre à **41 : Médicament d'exception**.

2.2.5.18 Mesure du patient d'exception

Pour la facturation détaillée des ingrédients actifs de la préparation magistrale non stérile ou de la solution ophtalmique selon la mesure du patient d'exception ainsi que des véhicules, solvants ou adjuvants, les exigences de la RAMQ sont les suivantes.

■ Principes à respecter

- Le code de programme doit correspondre à **40 : Patient d'exception**.
- Lorsque l'ingrédient actif d'une préparation magistrale non stérile et d'une solution ophtalmique autorisé selon la mesure du patient d'exception n'est pas un médicament commercialisé possédant un DIN émis par Santé Canada, le ou les codes de facturation des ingrédients actifs (poudres) seront inscrits sur la lettre transmise par la RAMQ à la personne assurée. Ces codes de facturation sont disponibles à la page [Codes de facturation liés à la mesure du patient d'exception](#) à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la RAMQ.
- Le service rendu est payable seulement lorsque les codes de facturation utilisés correspondent aux produits inscrits sur la lettre expédiée à la personne assurée. Si l'ordonnance est modifiée et que l'un des ingrédients actifs est différent de ceux autorisés, une nouvelle demande d'autorisation du professionnel traitant est requise.
- Le format d'acquisition doit correspondre à **0 (zéro)**.
- La quantité et le coût demandé doivent être saisis, ainsi que la source d'approvisionnement et la marge bénéficiaire du grossiste, s'il y a lieu.

2.2.5.19 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 de la RAMQ.

Les modalités d'établissement du coût 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 RAMQ.

■ Principe à respecter

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **CS** : une préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ.

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

Le principe général veut que la RAMQ 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 RAMQ 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 RAMQ 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**

- Le code d'intervention ou d'exception doit correspondre à **DN** : Ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ.

2.2.6 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments

À la suite des recommandations cliniques formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), des mesures administratives visent à améliorer l'usage à long terme de certaines classes de médicaments et à atténuer la pression financière sur le régime général d'assurance médicaments ont été mises en place.

Les règlements des mesures administratives sont documentés de la *Liste des médicaments* aux points 8 et 9.

Il est de la responsabilité du professionnel de la santé de déterminer si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques donnant droit au remboursement d'un médicament de la mesure administrative.

Afin d'encadrer l'application de ces modalités de remboursement, la RAMQ met en place des mesures de suivi et de contrôle.

2.2.6.17 Modalités de remboursement – Médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

La mesure administrative pour les médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) vise à encadrer les durées de remboursement de ces médicaments. Elle s'applique pour les personnes âgées de 18 ans et plus assurées par le régime public d'assurance médicaments.

Le remboursement des médicaments **IPP** est limité à un maximum de 90 jours par période de 365 jours. Pour chaque personne assurée, la période de 365 jours débute lors de la première facturation d'une ordonnance d'un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons.

Toutefois, pour permettre le remboursement d'un **IPP** pour une période prolongée, le prescripteur doit inscrire sur l'ordonnance le code justificatif approprié si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques.

Ordonnance SANS code justificatif

Le remboursement d'un **IPP** est limité à un maximum de 90 jours par période de 365 jours lorsqu'aucun code justificatif n'est pas présent sur l'ordonnance et que la personne présente l'une ou l'autre des conditions thérapeutiques suivantes :

- dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-oesophagien;
- ulcère gastrique ou duodénal;
- Helicobacter pylori positif.

Le cumul se calcule en fonction de la durée de traitement transmise à chaque facturation d'un **IPP** sans code justificatif, que les services soient facturés de façon consécutive ou non.

■ **Principes à respecter**

- Le médicament doit faire partie de la classe AHFS 56 : 28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons.

Ordonnance AVEC code justificatif

Pour permettre le remboursement d'un **IPP** pour une période prolongée, le prescripteur détermine si la situation de son patient correspond à l'une des considérations thérapeutiques présentées ci-dessous et inscrit le code approprié sur l'ordonnance ainsi que sur chaque ordonnance subséquente si la situation de la personne demeure inchangée.

La durée maximale de remboursement d'un **IPP** se calcule à partir de la date de facturation d'une **nouvelle ordonnance** avec un code justificatif. Selon le code, cette durée maximale sera de 12 ou de 24 mois.

Le code justificatif doit être inscrit sur la demande de paiement.

Dans le cadre de l'activité de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis, le pharmacien qui prescrit un IPP pour la prophylaxie cytoprotectrice dans le respect des conditions qui sont prévues à la Règle 31 de l'Entente peut ajouter **PP12** sur l'ordonnance qu'il rédige.

Le tableau suivant décrit les considérations thérapeutiques permises avec un code justificatif.

Code justificatif	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
Aucun code	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-œsophagien; • Helicobacter pylori positif; • Ulcère gastrique ou duodénal. 	90 jours consécutifs ou non consécutifs par période de 12 mois
PP12	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens; • Prophylaxie cytoprotectrice; • Grossesse; • Port d'une sonde naso-gastrique ou gastro-jéjunale; • Syndrome de l'intestin court. 	12 mois
PP205	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les symptômes de reflux gastro-œsophagien ont été soulagés par un traitement initial et que ces derniers reviennent à l'arrêt des IPP et qu'ils sont présents au moins 3 jours par semaine lors de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP; ○ Gastroentérite éosinophilique; ○ Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de reflux gastro-œsophagien; ○ Gastroentérite éosinophilique; ○ œsophage hypersensible; ○ Symptômes extradigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP. 	12 mois
PP999	<ul style="list-style-type: none"> • Anneau de Schatzki; • Ectasie vasculaire antrale; • Fuite de liquide gastrique autour du site péristomal à la suite d'une gastrostomie; • Maladie de Crohn, atteinte du tube digestif supérieur; • œsophage de Barrett • œsophagite à éosinophiles; • œsophagite érosive récidivante; • Prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique; • Sténose peptique de l'œsophage; • Syndrome de Zollinger-Ellison; • Ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'Helicobacter pylori ou de prise d'anti-inflammatoires; • Ulcères de Cameron; 	24 mois

Code justificatif	Considérations thérapeutiques	Durée de remboursement maximale
	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'œsophage. 	

■ **Principes à respecter**

- Le médicament doit faire partie de la classe AHFS 56 : 28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons.
- Le code justificatif doit être inscrit et transmis dans le champ « Code justificatif pour une mesure administrative » lors de chaque transaction :
 - PP12, PP205 ou PP999.

2.2.6.18 Modalités de remboursement – Réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes)

La mesure administrative pour les réactifs quantitatifs dans le sang (bandelettes) vise à limiter le remboursement du nombre de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang.

Le nombre maximal de bandelettes remboursables par période de 365 jours est modulé en fonction du risque d'hypoglycémie, c'est-à-dire en fonction du traitement antidiabétique en usage.

Une limite de 200 est établie au moment de la première facturation de bandelettes. Toutefois, si l'historique de facturation des 6 derniers mois révèle une ordonnance de sulfonylurée, de répaglinide ou d'insuline, la limite sera ajustée à la hausse en fonction des médicaments consommés.

Les limites permises de bandelettes remboursables correspondant aux situations cliniques sont décrites dans le tableau suivant.

Limite permise	Situation clinique
200 bandelettes	Personnes atteintes de diabète traitées par un changement des habitudes de vie sans ordonnance d'antidiabétiques; Personnes atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance d'antidiabétiques ne comprenant pas de sulfonylurée, de répaglinide ou d'insuline.
400 bandelettes	Personnes atteintes de diabète ayant au moins une ordonnance de sulfonylurée ou de répaglinide, mais ne recevant pas d'insuline.
3 000 bandelettes	Personnes traitées à l'insuline, diabétiques ou non.

Situations cliniques particulières pouvant justifier des bandelettes supplémentaires

- Le patient diabétique n'atteint pas les cibles glycémiques, telles que définies par le médecin, pendant 3 mois ou plus.
- Le patient diabétique est atteint d'une maladie aiguë (ex. : infection), d'une comorbidité ou a subi une intervention médicale ou chirurgicale pouvant influencer le contrôle glycémique.
- Le patient diabétique commence une nouvelle thérapie médicamenteuse connue pour ses effets hypo- ou hyperglycémiants.
- Le patient diabétique présente des risques d'interactions médicamenteuses pouvant influencer le contrôle glycémique.
- La situation professionnelle du patient diabétique nécessite un contrôle glycémique étroit, car une hypoglycémie présente un risque important de sécurité (pilote, contrôleur aérien, etc.).
- La patiente est atteinte de diabète de type 2 non insulino-traitée et planifie une grossesse.
- Le patient est atteint d'une anomalie du pancréas amenant une production anormale d'insuline (ex. : insulinome et nésidioblastose).

D'autres situations cliniques particulières ont été ajoutées pour les personnes ne souffrant pas de diabète, mais se trouvant dans une situation clinique à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves. Ces situations sont les suivantes :

- cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou de la catégorie des erreurs innées du métabolisme, d'un trouble de la néoglucogenèse ou d'une autre maladie métabolique avec atteintes sévères affectant les réserves de glucose et requérant un ajustement de l'alimentation en fonction de la mesure de glycémie, par exemple : maladie de surcharge glycogénique, trouble de la cétogénèse, fructosémie congénitale, galactosémie congénitale, myopathie mitochondriale;
- cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou acquise caractérisée par de l'hyperinsulinisme, par exemple : hyperinsulinisme congénital, syndrome d'hyperinsulinisme et d'hyperammoniémie, insulinome, nésidioblastose, syndrome hypoglycémique auto-immun, tumeur extrapancréatique induisant l'hypersécrétion de facteurs hypoglycémiants;
- cas en investigation ou confirmé d'une maladie endocrinienne congénitale ou acquise caractérisée par un débalancement ou une déficience en hormones participant à la régulation de la glycémie, par exemple : maladie congénitale des surrénales, insuffisance surrénalienne, hypopituitarisme, syndrome de Cushing;
- cas en investigation ou confirmé du syndrome de chasse entraînant des hypoglycémies postprandiales malgré un régime adapté;
- cas relatif à la prise d'un médicament modulant l'action d'hormones hypo ou hyperglycémiantes sur une base régulière et ayant un historique d'hypoglycémies soutenues et documentées objectivement.

Pour tenir compte de cette situation, la RAMQ a créé deux codes à inscrire sur la transaction de bandelettes sans historique de consommation, soit le code d'intervention ou d'exception **BI** et **BM**.

Afin d'encadrer l'application de ces modalités de remboursement, la RAMQ mettra en place des mesures de suivi et de contrôle.

■ **Principes à respecter**

- La bandelette doit être un réactif quantitatif du glucose dans le sang.
- Au besoin, inscrire le code justificatif ou l'un des codes d'exception suivants :

Code d'exception	Supplément de bandelettes
BE	<ul style="list-style-type: none"> • Permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires par période de 365 jours pour les situations cliniques particulières; • Sont exclues les conditions où une limite de 3 000 bandelettes est permise.
BG	<ul style="list-style-type: none"> • Permet le remboursement de 3 000 bandelettes par période de 365 jours aux femmes enceintes atteintes de diabète.
BD	<ul style="list-style-type: none"> • Permet le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires en dernier recours sur demande justifiée du professionnel de la santé impliqué dans le suivi.
BI	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 400 lorsque la personne passe d'un régime privé au régime public par période de 365 jours; • Le code doit être inscrit une fois par période de référence.
BM	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'augmenter le nombre de bandelettes à 3 000 lorsque la personne : <ul style="list-style-type: none"> - passe d'un régime privé au régime public; - reçoit de l'insuline en établissement; - utilise de l'insuline qui n'est pas couverte par le régime public; • Le code doit être inscrit une fois par période de référence.
BZ	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de consommation du dispositif de type Dexcom • Tous les codes d'intervention réguliers de la mesure administrative visant à limiter le remboursement du nombre de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) ne sont pas autorisés en présence d'une des composantes du dispositif Dexcom G6 ou du capteur Dexcom G7 dans le dossier d'une personne assurée.

Code d'exception	Supplément de bandelettes
BL	<ul style="list-style-type: none"> • Anciennement BLND; • Permet le remboursement des bandelettes pour les personnes ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans une situation clinique à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves; • L'exception doit être justifiée sur l'ordonnance par le médecin traitant pour que le pharmacien puisse transmettre la demande. Le prescripteur doit s'assurer que la condition de son patient correspond à l'une des situations cliniques décrites ci-dessus pour inscrire le code BZ sur une ordonnance de bandelettes. Le code est valide pour toute la durée de l'ordonnance et ne limite pas la quantité de bandelettes remboursables; • Les codes d'exception BE, BD et BG ne peuvent pas être utilisés lorsque le code justificatif BZ est inscrit sur une ordonnance.

Code justificatif	
BLND (Fin le 9 novembre 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Le code justificatif BLND devient le code d'intervention BL avec la même description et les mêmes conditions d'utilisation.

Formats particuliers de bandelettes

La plupart des formats de bandelettes inscrits à la *Liste des médicaments* correspondent à des multiples de la limite permise de remboursement. Toutefois, des formats de 51 et de 102 bandelettes sont également disponibles.

Lorsque, au cours d'une période de référence donnée, une personne assurée reçoit un format régulier et un format irrégulier de bandelettes, le message **LQ** informe le pharmacien que le nombre de bandelettes restantes est inférieur à celui du format régulier.

2.2.6.2.1 Nombre maximal de réactifs quantitatifs de glucose (bandelettes) remboursables pour les utilisateurs du Dexcom G6 ou du Dexcom G7

Le capteur et l'émetteur Dexcom G6 et le capteur Dexcom G7 sont inscrits à la *Liste des médicaments* comme médicaments d'exception et sont remboursés à certaines conditions. Pour plus de détails, consultez l'annexe IV de la *Liste des médicaments*.

Les utilisateurs du Dexcom G6 ou du Dexcom G7 qui ont obtenu le remboursement du capteur ou de l'émetteur ont droit à un remboursement maximal de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes). Ce nombre est fixé à 100 bandelettes par période de 18 mois à partir de la date de la première facturation d'une des composantes du Dexcom G6 ou du Dexcom G7. Exceptionnellement, les personnes pour lesquelles les 100 bandelettes seraient épuisées avant la fin de la période de 18 mois peuvent obtenir le remboursement de 100 bandelettes additionnelles.

Afin d'obtenir un supplément de bandelettes pour une personne assurée, vous devez en faire la demande auprès du Centre de relations avec les professionnels.

Notez bien que tous les codes d'intervention réguliers de la mesure administrative visant à limiter le remboursement du nombre de réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) ne sont pas autorisés en présence d'une des composantes du dispositif Dexcom G6 ou Dexcom G7 dans le dossier d'une personne assurée.

Advenant que la personne assurée cesse l'utilisation du Dexcom G6 ou du Dexcom G7 et qu'elle doit effectuer la surveillance de ses glycémies au moyen de bandelettes, vous devez indiquer le code d'intervention **BZ** lors de la première demande de paiement de bandelettes pour nous indiquer de modifier le nombre maximal de bandelettes remboursables.

BZ : Arrêt de consommation du dispositif de type Dexcom.

2.2.6.19 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)

Depuis le 15 décembre 2017, toute personne assurée dûment inscrite à la RAMQ qui réside ou séjourne au Québec et qui détient une ordonnance d'un médecin ou d'un résident en médecine en vue de l'interruption volontaire médicamenteuse d'une grossesse intra-utérine peut bénéficier du Programme.

Elle doit présenter une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité valide.

La personne assurée est exemptée du paiement de toute contribution pour les services reçus en vertu de ce programme.

Une personne âgée d'au moins 14 ans, mais de moins de 18 ans qui consent seule aux services assurés par le Programme, conformément aux dispositions du Code civil, peut bénéficier du Programme même si elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide. Dans ce cas, le pharmacien doit communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) afin d'identifier la personne, conformément à la section [1.3 Identification des personnes assurée](#).

Toute personne de 18 ans et plus qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer le tarif des services reçus; par la suite, elle peut demander le remboursement à la RAMQ au moyen du formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621).

■ Principes à respecter

Le pharmacien peut effectuer une consultation pharmaceutique auprès de la personne assurée qui bénéficie du Programme. À cet effet, un nouveau code de service **CP** a été ajouté.

- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**).
- Le code de service doit correspondre à **CP : Consultation pharmaceutique**.
- Le code de programme doit correspondre à **09 : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)**.

Deux médicaments sont couverts par le Programme :

- le mifépristone/misoprostol, 200 mg – 200 mcg (Mifegymiso^{MC});
- le dimenhydrinate, comprimés, liquide ou suppositoires.
Le dimenhydrinate est couvert pour une période maximale de 15 jours à partir de la première facturation avec le code de programme **09**.
- Le code du sexe doit être égal à **F** (féminin).
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.

- Le nombre de renouvellements doit être égal à 0 (zéro).
- Aucun médicament, format d'acquisition, quantité, ni source d'approvisionnement ne doivent être facturés.

■ **Remarque**

Les services professionnels suivants sont également remboursables en présence du code de programme **09** :

- opinion pharmaceutique (code de service **3**).
- service sur appel (code de service **A**).

■ **Particularités**

Mifépristone/misoprostol, 200 mg – 200 mcg (Mifegymiso^{MC})

- le code de service doit correspondre à **0 : Exécution d'une nouvelle ordonnance** pour la trousse orale solide de Mifegymiso^{MC};
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- le code de programme doit correspondre à **09 : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)**;
- prescripteur doit être un médecin ou un résident en médecine;
- le code du sexe doit être égal à **F** (féminin);
- le nombre de renouvellements doit être égal à **0 (zéro)**, car tout renouvellement d'ordonnance est refusé.

Dimenhydrinate, comprimés, liquide ou suppositoires

- le code de service doit correspondre à **0 : Exécution d'une nouvelle ordonnance** pour le médicament dimenhydrinate;
- la nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**);
- le code de programme doit correspondre à **09 : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)**;
- prescripteur doit être un médecin ou un résident en médecine;
- le code du sexe doit être égal à **F** (féminin);
- le nombre de renouvellements doit correspondre à 0 (zéro).

Le prix payable pour le mifépristone/misoprostol est présenté dans le tableau suivant. La marge bénéficiaire du grossiste est applicable, le cas échéant.

Mifépristone/misoprostol (Mifegymiso^{MC})			
Forme	Teneur	Code de facturation	Prix payable
Trousse (orale solide)	200 mg – 200 mcg	02444038	300,00 \$ par trousse

Le prix maximal remboursable pour le dimenhydrinate est présenté dans le tableau suivant. Il est basé sur le prix d'acquisition du médicament par le pharmacien, qui inclut une marge bénéficiaire maximale du grossiste de 6,5 %, le cas échéant. Il ne peut cependant excéder le prix maximal remboursable auquel s'ajoute la marge bénéficiaire du grossiste, le cas échéant.

Dimenhydrinate – Prix maximal remboursable			
Forme	Teneur	Code de facturation	Prix maximal
Comprimés	50 mg	99101423	0,1500 \$ par comprimé
Comprimés longue action	100 mg	99101422	0,3538 \$ par comprimé
Liquide	15 mg/5 ml	99101420	0,0765 \$ par ml
Suppositoires	50 mg	99101419	0,6260 \$ par suppositoire
Suppositoires	100 mg	99101418	0,6260 \$ par suppositoire

Aucun excédent ne peut être facturé à la personne assurée même si le prix d'acquisition excède le prix maximal remboursable établi aux fins du Programme. La RAMQ rembourse le montant demandé jusqu'au prix maximum unitaire établi.

2.2.6.20 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures

La ministre de la Santé a confié à la RAMQ la gestion du Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures pour faciliter l'accès à la naloxone dans le but d'intervenir rapidement chez une personne victime d'une surdose d'opioïdes.

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du Programme doit résider au Québec, ou y séjourner, et être dûment inscrite à la RAMQ. Elle doit présenter au pharmacien une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Dans certaines circonstances particulières, si aucune de ces pièces ne peut être présentée, le pharmacien doit saisir certains renseignements sur la personne afin que la facturation soit acceptée. Le nom, prénom, date de naissance et sexe ainsi que le code d'intervention ou d'exception **MK** pour une situation particulière doivent être transmis à la RAMQ par le système de communication interactive en pharmacie (CIP).

Les circonstances particulières pour lesquelles le code d'intervention ou d'exception **MK** peut être utilisé sont les suivantes :

- la personne était dans un état requérant des soins urgents;
- il s'agit d'une personne mineure de 14 ans ou plus qui reçoit des services assurés auxquels elle consent seule, conformément aux dispositions du Code civil;
- la personne est un sans-abri;
- la personne est un citoyen d'une autre province canadienne ou d'un territoire, un ressortissant étranger, un touriste, un visiteur ou est de passage au Québec pour se rendre dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport.

2.2.6.20.1 Information générale pour toutes les demandes de paiement de la naloxone

Afin que la RAMQ rembourse la naloxone et ses fournitures, le pharmacien doit soumettre, le cas échéant, une demande de paiement par service :

- exécution d'une ordonnance pour la naloxone – **Solution injectable**;
- exécution d'une ordonnance pour la seringue avec aiguille jetable rétractable;
- exécution d'une ordonnance pour l'ensemble de tampons alcoolisés et gants;
- enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone;
- **exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Seringue**;
- exécution d'une ordonnance pour la naloxone – **Vaporisateur nasal**;
- exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable;
- exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporiseurs nasaux de chlorhydrate de naloxone;
- exécution d'une ordonnance pour le masque barrière à utilisation unique.

Pour chacun des services, le code de programme est obligatoire :

- Le code de programme naloxone avec particularité **K** est **8K** : médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes.
- Le code de programme naloxone avec particularité **L** est **8L** : médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes.
- Le numéro d'ordonnance est obligatoire.
- La nature et l'expression de l'ordonnance doivent correspondre à une nouvelle ordonnance écrite (**N**) ou verbale (**V**).
- La durée de traitement doit être différente de 0 (zéro).
- Le code de service et le code de facturation du médicament ou des fournitures doivent être saisis sur chaque demande de paiement, selon le service rendu.
- Le nombre de renouvellements doit correspondre à 0 (zéro).

2.2.6.20.2 Informations spécifiques pour toutes les demandes de paiement de la naloxone

Exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Solution injectable

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O** : **Exécution d'une nouvelle ordonnance**.
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation (**DIN**) doit correspondre à **02455935** ou **02453258** pour la naloxone en solution injectable pour un utilisateur.
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation (**DIN**) doit correspondre à **99101410** ou **99101411** pour la naloxone en solution injectable pour une tierce personne.

Exécution d'une ordonnance pour la seringue avec aiguille jetable rétractable

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **F** : **Fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues de chlorure de sodium préremplies**.

- En présence du code de programme **8K ou 8L**, la seringue avec aiguille jetable et rétractable doit être facturée avec le code de facturation et sera remboursée au prix réel d'acquisition.

Exécution d'une ordonnance pour l'ensemble de tampons alcoolisés et gants

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **Y : Fourniture sans honoraires** – masque, tampons alcoolisés et gants.
- En présence du code de programme **8K ou 8L**, les tampons et les gants doivent être facturés avec le code de facturation (DIN) **99101406** et seront remboursés au prix réel d'acquisition.

Enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone

■ Principes à respecter

- Le prescripteur doit correspondre au pharmacien.
- Le code de service doit correspondre à **EN : Enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone**.
- L'enseignement doit être facturé avec le code de programme **8K ou 8L**.
- Aucun code de facturation (DIN) n'est requis.
- Le service de l'enseignement **EN** est payable une seule fois par personne, par pharmacie, par période de 365 jours.

Exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Seringue

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution d'une nouvelle ordonnance**.
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **02548194** pour la naloxone en seringue pour un utilisateur.
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99114401** pour la naloxone en seringue pour une tierce personne.

Exécution d'une ordonnance pour la naloxone – Vaporisateur nasal

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution d'une nouvelle ordonnance**.
- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **02458187 ou 02511568** pour la naloxone en **vaporisateur nasal** pour un utilisateur.
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99101434 ou 99114400** pour la naloxone en **vaporisateur nasal** pour une tierce personne.

Exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable

La trousse préassemblée contient deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable et des fournitures nécessaires à son administration.

Ainsi, si le pharmacien facture une trousse préassemblée, il doit facturer uniquement la trousse. Les fournitures requises, tout comme la naloxone en solution injectable, ne doivent pas être facturées séparément, car elles sont incluses dans la trousse.

■ Principes à respecter

- Le code de service doit correspondre à **O : Exécution d'une nouvelle ordonnance**.

- En présence du code de programme **8K**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99101443** pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour un utilisateur;
- En présence du code de programme **8L**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99101444** pour la trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour une tierce personne.

Exécution d'une ordonnance pour la trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **Y : Fourniture sans honoraires** – masque, tampons alcoolisés et gants, trousse préassemblées.
- En présence du code de programme **8K ou 8L**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99101461** pour la trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone.

Exécution d'une ordonnance pour le masque barrière à utilisation unique

■ **Principes à respecter**

- Le code de service doit correspondre à **Y : Fourniture sans honoraires** – masque, tampons alcoolisés et gants, trousse préassemblées.
- En présence du code de programme **8K ou 8L**, le code de facturation (DIN) doit correspondre à **99101446** pour le masque barrière à utilisation unique.

Enseignement des notions de base sur la naloxone

Les modalités prévues pour l'enseignement des notions de base sur l'utilisation de la naloxone sont les mêmes pour **la solution injectable, la seringue préremplie et le vaporisateur nasal**.

■ **Principes à respecter**

- Un seul enseignement peut être payé par période de 365 jours, par pharmacie, pour une même personne, peu importe qu'il soit consécutif ou non à un service relatif à l'émission de naloxone en solution injectable, **en seringue préremplie** ou en vaporisateur nasal.

Prix payable pour les trousse préassemblées et le masque barrière à utilisation unique

Les trousse préassemblées et le masque barrière à utilisation unique sont remboursés au prix réel d'acquisition, jusqu'à concurrence du prix maximal remboursable. À ce coût peut s'ajouter une marge bénéficiaire du grossiste maximale de 6,5 %. Lorsque le prix d'acquisition excède le prix maximal remboursable du médicament établi par le ministre aux fins du Programme, l'excédent ne peut être facturé à la personne qui bénéficie du Programme.

Prix maximal remboursable	
Produit	Prix payable
Trousse préassemblée contenant deux formats de chlorhydrate de naloxone injectable.	31,00 \$ par unité
Trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés deux vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone.	17,00 \$ par unité
Masque barrière à utilisation unique.	5,00 \$ par unité

Tableaux des produits couverts par le programme Naloxone

Code de programme	Code de service	Médicament ou fourniture	Marque de commerce	Facturation	Format	Quantité maximale par service
8K (utilisateur)	0	Naloxone (chlorhydrate de)	Chlorhydrate de naloxone injectable	02455935	1 ml	8 formats
		Solution injectable 0,4 mg/ml	S.O.S Naloxone Hydrochloride injection	02453258		
		Naloxone (chlorhydrate de) Seringue 0,4 mg/ml (1 ml)	Chlorhydrate de naloxone injectable USP	02548194	1 seringue	8 formats
		Naloxone (chlorhydrate de)	Vaporisateur nasal Narcan ^{MC}	02458187	2 vaporisateurs	4 formats
		Vaporisateur nasal 4 mg/0,1 ml	Vaporisateur nasal Teva-Naloxone ^{MC}	02511568	2 vaporisateurs	4 formats
		Trousse préassemblée contenant 2 formats de chlorhydrate de naloxone injectable		99101443	1 trousse	4 trousse
		Naloxone (chlorhydrate de)	Chlorhydrate de naloxone injectable	99101411	1 ml	8 formats
8L (pour tierce personne)	0	Solution injectable 0,4 mg/ml	S.O.S Naloxone Hydrochloride injection	99101410		
		Naloxone (chlorhydrate de) Seringue 0,4 mg/ml (1 ml)	Chlorhydrate de naloxone injectable USP	99114401	1 seringue	8 formats
		Naloxone (chlorhydrate de)	Vaporisateur nasal Narcan ^{MC}	99101434	2 vaporisateurs	4 formats

		Vaporisateur nasal 4 mg/0,1 ml	Vaporisateur nasal Teva-Naloxone ^{MC}	99114400	2 vaporisateurs	4 formats
		Trousse préassemblée contenant 2 formats de chlorhydrate de naloxone injectable pour tierce personne		99101444	1 trousse	4 trousse

Code de programme	Code de service	Médicament ou fourniture	Marque de commerce	Facturation	Format	Quantité maximale par service
8K et 8L	F	Seringue avec aiguille jetable rétractable		99101335	3 cc	8 formats
	Y	Ensemble de 4 tampons alcoolisés et 2 gants		99101406	1 ensemble	4 formats
		Trousse préassemblée dans laquelle doivent être ajoutés 2 vaporisateurs nasaux de chlorhydrate de naloxone		99101461	1 trousse	4 trousse
		Masque barrière à utilisation unique		99101446	1 masque	4 formats
	EN					1 par personne, par pharmacie, par période de 365 jours

2.2.7 Réponse à une transaction de demande de paiement

Pour chaque demande de paiement transmise à la RAMQ, 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 [2.6 Reçu de la personne assurée](#)).

Les renseignements transmis par la RAMQ sont les suivants :

- la date à laquelle la RAMQ a traité la demande de paiement;
- le numéro de contrôle de la demande de paiement;
- le code identifiant la transaction à laquelle répond la RAMQ;
- le numéro de référence émis par la RAMQ 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 :
 - o demande de paiement acceptée telle que transmise,
 - o demande de paiement acceptée avec modification du montant demandé pour le médicament ou le service,
 - o 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 texte du message informatif, s'il y a lieu;
- le montant autorisé du médicament ou de la fourniture;
- le montant autorisé de la marge du grossiste selon le cas échéant;
- les frais de service professionnel acceptés (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 RAMQ pour le service et le médicament ou la fourniture.

2.3 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien

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

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 45 jours, 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 soumettre à la RAMQ une [Requête de réactivation de demandes de paiement](#) (4454). Si elle l'accepte, elle réactivera sa demande de paiement pendant 45 jours pour permettre au pharmacien de l'annuler, puis de lui en soumettre une nouvelle.

Les renseignements à transmettre à la RAMQ 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 logiciels;
 - 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 RAMQ 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 RAMQ, une réponse est retournée en mode interactif à la pharmacie. La réponse contient les éléments d'information nécessaires pour déterminer les frais de service et le coût du médicament ou de la fourniture inscrits sur la demande de paiement annulée par la RAMQ. De plus, elle comprend les montants de contribution que la RAMQ 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 RAMQ sont les suivants :

- la date à laquelle la RAMQ 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 RAMQ;
- le numéro de référence émis par la RAMQ 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;
- les frais de service professionnel initialement autorisés 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.

2.4 Transaction de sommaire journalier

Il est possible pour chaque pharmacie d'obtenir quotidiennement de la RAMQ 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 RAMQ. 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 45 derniers jours civils.

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

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

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

2.5 Transaction de détail journalier

Il est possible d'obtenir de la RAMQ 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 45 derniers jours civils.

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

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

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

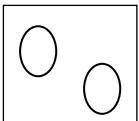
À noter qu'il y a deux types de transactions d'annulation. Le premier type regroupe les annulations effectuées le jour même où les services ont été rendus. Le deuxième type correspond aux annulations effectuées pour des services rendus à une date antérieure à la date d'annulation.

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

2.6 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 RAMQ, 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. : 123 456-7890
PATIENT :	NOM, PRÉNOM Adresse ligne 1 Adresse ligne 2	
QUANTITÉ / NUMÉRO RX	MÉDICAMENT / PRESCRIPTEUR 999.9 NOM_MÉDICAMENT 123456789 NOM, PRÉNOM	DIN 12345678
SERVICE COUVERT PAR :	RAMQ	
COÛT DE L'ORDONNANCE :	00,00	
MONTANT ASSURÉ :	00,00	
COÛT DU MÉDICAMENT : ¹	00,00	
MONTANT MARGE DU GROSISTE : ²	00,00	
HONORAIRES DU PHARMACIEN :	00,00	
EXCÉDENT NON ASSURÉ : ³		00,00
CONTRIBUTION DE L'ASSURE		
FRANCHISE : ⁴	00,00	
COASSURANCE : ⁴	00,00	TOTAL CONTRIBUTION : ⁴ 00,00
MONTANT PAYÉ PAR ASSUREUR : ⁴	00,00	
		TOTAL À PAYER : 00,00
PÉRIODE		CUMUL DES CONTRIBUTIONS
AN	MOIS	COÛT PAR
2022	AVRIL	PÉRIODE ⁴ 00,00
		PAYÉES À CE JOUR ⁴ 00,00
		RÉSIDUEL PÉRIODE ⁴ 00,00
MESSAGE LIGNE 1 :		
MESSAGE LIGNE 2 :		
MESSAGE LIGNE 3 :		
NUMÉRO DE RÉFÉRENCE :	123456	
DATE DU SERVICE :	2022-08-01	

SPECIMEN

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 du médicament,
 - 5.2 le montant de la marge du grossiste, le cas échéant,
 - 5.3 les honoraires du pharmacien,
 - 5.4 le montant assuré par la RAMQ, s'il y a lieu,
 - 5.5 l'excédent non assuré par la RAMQ et assumé par la personne assurée, s'il y a lieu,
 - 5.6 le montant payé par la RAMQ (montant assuré par la RAMQ – 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 RAMQ;
9. la date d'obtention du service;
10. total à payer (excédent non assuré + contribution à payer).

2.7 Codes, 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. Les mesures sont précisées sous le libellé du message.

02 Numéro de version de la norme en erreur (♦)

Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

03 Code de transaction en erreur (♦)

1. Le code de transaction est obligatoire. Le numéro varie selon la transaction effectuée :
 - Enregistrer une demande de paiement : 01;
 - Annuler une demande de paiement : 11;
 - Consulter le sommaire journalier : 30;
 - Consulter le détail des demandes de paiement traitées : 31;
 - Consulter le détail des annulations traitées : 32;
 - Consulter le détail des annulations antérieures : 33.
2. Si ce code est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

04 Numéro de développeur de logiciels en erreur (♦)

1. Le numéro de développeur de logiciels 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 logiciels.

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 logiciels.

21 Numéro de pharmacie en erreur (♦)

1. Le numéro de pharmacie est obligatoire. Il est formé de 6 chiffres correspondant au numéro d'inscription de la pharmacie à la RAMQ 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 logiciels.

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) et JJ (jour) (ex. : 2022-07-01).
 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.
-

23 Numéro de contrôle externe en erreur (♦)

1. Le numéro de contrôle externe est obligatoire. Il est formé de 6 chiffres dont les 4 derniers forment un nombre supérieur à zéro.
 2. Si ce numéro est produit par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.
-

30 Code de programme absent ou en erreur

1. Vérifier que le code de programme est égal à l'une des valeurs suivantes :

	Valeur
• programme ITSS avec particularité (traitement d'une personne atteinte d'une ITSS)	1K
• programme ITSS avec particularité (traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1L
• programme ITSS avec particularité M (traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS)	1M
• 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
• services offerts en pharmacie remboursés par la LAM Québec. Les codes de service suivants sont sous le programme 07 : VA, IU, V, W, W1, W2, SP, DC, 04, CV	07
• programme naloxone avec particularité K (médicament et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes)	8K
• programme naloxone avec particularité L (médicament et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes)	8L

	Valeur
• interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	09

Voir les sections suivantes :

- [2.2.4.11 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS;](#)
- [2.2.4.12 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose;](#)
- [2.2.4.29 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse;](#)
- [2.2.5.17 Médicament d'exception;](#)
- [2.2.5.18 Mesure du patient d'exception.](#)

32 Numéro de la personne assurée en erreur

1. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) figure sur la demande de paiement :
 - vérifier s'il correspond à celui de la carte d'assurance maladie, du carnet de réclamation ou de la preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments.
 2. Si le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas sur la demande de paiement :
 - 2.1. Vérifier s'il s'agit d'un détenteur d'un carnet de réclamation ou d'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**, ou « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire à charge » ou « preuve temporaire d'admissibilité pour un prestataire présentant des contraintes sévères à l'emploi » avec le code d'intervention et d'exception **MB**.
- Si la « preuve temporaire d'admissibilité » concerne un prestataire à charge de moins d'un an (lien de parenté = 2), vérifier si la date de naissance inscrite sur la demande de paiement est valide.

OU

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 relations avec les professionnels](#) pour obtenir le numéro d'assurance maladie.

Voir la section [1.3 Identification des personnes assurée.](#)

34 Date de naissance en erreur

1. La date de naissance est obligatoire.
2. Si elle est inscrite sur la demande de paiement, vérifier si elle est :
 - antérieure à la date du service;
 - de format SSAA-MM-JJ : SS (siècle), AA (an), MM (mois) et JJ (jour) (ex. : 1980-05-28);
 - une date valide (ex. : le 30 février).

36 Lien de parenté en erreur

1. Le lien de parenté est obligatoire.
2. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :
 - détenteur de carte (valeur par défaut) = 0;
 - personne à charge mineure sans carte (0-1 an) = 2.

Voir la section [1.7.3 Données de facturation – cas régulier](#), section C.

37 Prénom de la personne en erreur

Le prénom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.

38 Nom de la personne en erreur

Le nom de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.

40 Code du sexe de la personne en erreur

1. Le **sexé** de la personne assurée est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :
 - Féminin = F;
 - Masculin = M.
2. En présence du code de service **4** (prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence), le code de sexe doit être F (féminin). Vérifier si le code de sexe F est inscrit sur la demande de paiement.
3. En présence du code de service **V** et d'un 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.
4. En présence du code **BG** (femme enceinte diabétique – limite autorisée de 3 000), le code de sexe doit être F (féminin).
5. En présence du code de programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) **09**, le code de sexe doit correspondre à F (féminin).

52 Nature de l'ordonnance en erreur

1. La **nature de l'ordonnance** est obligatoire, sauf pour les codes de service **1, 3, S, 4, 7, A** 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 **N, V, S et R**.

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section Renseignements à fournir.

2. La nature de l'ordonnance doit correspondre à une nouvelle ordonnance écrite pour les codes de service **V, W, W1, W2, Z, AD, FE, IU** ou **RA**.

54 Nombre de renouvellements en erreur

En cas de nombre de renouvellements en erreur, s'assurer que sa valeur sur la demande de paiement est numérique (00 à 99).

55 Numéro d'ordonnance en erreur

1. Le numéro d'ordonnance est obligatoire. Vérifier s'il est inscrit sur la demande de paiement.
2. Si oui, vérifier si le numéro d'ordonnance est différent de zéro.

56 Code de produit en erreur pour le DIN *****

1. Le DIN et le format d'acquisition doivent exister au fichier médicaments (**DRUG**) sauf lorsque le DIN est facturé avec un des codes de service suivants :
 - **AD** : ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité de la personne assurée.
 - **FE** : administration d'un médicament aux fins d'enseignement.
 - **RA** : substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement.
 - **W1** : Service de la prise en charge pour la déprescription d'un médicament.

Le DIN n'est pas obligatoire avec les codes de service suivants :

- **4** : prestation de services pour la contraception orale d'urgence.
- **7** : frais de transport d'urgence ou d'exception de la thérapie parentérale et des solutions ophtalmiques.
- **8** : frais d'emballage de la thérapie parentérale et des solutions ophtalmiques.
- **A** : service sur appel.
- **S** : pharmacie désignée, rémunération mensuelle.
- **V** : évaluation du besoin de la prescription d'un médicament.
- **W** : prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (**anticoagulothérapie**).
- **W2** : prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.
- **Z** : service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation.

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section Renseignements à fournir.

2. S'il s'agit d'un patient ou d'un médicament d'exception (code de programme **40** ou **41**); Vérifier le code de produit (DIN) autorisé par la RAMQ pour la personne assurée en communiquant avec le [Centre de relations avec les professionnels](#)

OU

- 2.1. Informer la personne assurée qu'il s'agit d'un médicament exigeant une autorisation de la RAMQ et que son médecin doit en faire la demande à la RAMQ.
3. Vérifier si le **format d'acquisition** correspondant au **code de produit (DIN)** inscrit sur la demande de paiement figure dans la *Liste des médicaments*.
 - 3.1. S'il s'agit d'un médicament de la mesure du patient d'exception, le format d'acquisition doit être égal à **0**.

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 *Manuel des pharmaciens*.

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*.

2. Le code de service doit être valide à la date de service.

58 Quantité en erreur pour le DIN *****

1. Lorsqu'un code de produit (DIN) est inscrit sur la demande de paiement, la **quantité doit être supérieure à zéro**.

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), section *Renseignements à fournir*, 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 facturée ne doit pas excéder la quantité du format du médicament.
3. Lorsque le code de programme **8K** ou **8L** est présent sur la demande de paiement et que le code d'intervention ou d'exception **MS** est absent, la quantité facturée doit être égale ou inférieure à la quantité maximale journalière permise, et ce, peu importe la durée du traitement inscrite sur la demande de paiement.
4. Les frais de service calculés par le système sont égaux ou inférieurs à 999,99 \$.
5. En présence du code de service **3, 4, 7, 8, A, AD, CP, EN, FA, RA, S, V, W, W2, Z**, la quantité doit être égale à **0**, car le DIN n'est pas obligatoire ou n'est pas exigé.

59 Durée du traitement en erreur

1. La durée du traitement doit être supérieure à zéro et inférieure à 366 jours, sauf pour les codes suivants;

- Code de service **P** – médicament fourni sous la forme d'un pilulier selon la Règle 24 :
 - La durée de traitement est plus petite ou égale à 28 jours,
ou
 - La durée de traitement est supérieure à 28 jours et il y a présence d'une autorisation **PILD** (pilulier de longue durée) ou du code d'intervention ou d'exception **CS**;

- Code de service **Z** – Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation :
 - La durée du traitement doit être supérieure à 30 jours et inférieure à 366 jours;

Code de service **6** – Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour un service chronique de moins de 7 jours selon la Règle 25 :

- La durée du traitement doit être inférieure à 7 jours et supérieure à 0,

- Si l'ordonnance est fractionnée pour une période de 7 jours ou plus, le code d'intervention **CV** doit être ajouté (pour modifier la durée de traitement de l'ordonnance prescrite à la baisse lorsqu'une personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire) (sous-paragraphe e) de la règle 19);
- Code d'intervention ou d'exception **MT** – Pharmacothérapie initiale :
 - En présence d'une nouvelle ordonnance (nature/expression = **N** ou **V**), la durée du traitement doit être égale à 7 jours;
 - En présence d'un renouvellement d'ordonnance (nature/expression = **S** ou **R**), la durée du traitement doit être supérieure ou égale à 21 jours;
- Code de programme **8K** ou **8L** (programme de gratuité de la naloxone) :
 - La durée du traitement doit être présente et différente de 0;
- Codes de service **FE**, **RA**, **AD** :
 - La durée de traitement doit être égale à **0**.

Voir la description des codes de service à la section [1.7.3.2, Renseignements à fournir.](#)

60 Type de prescripteur en erreur

1. Le type de prescripteur est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit sur la demande de paiement avec une des valeurs suivantes :

	Valeur
• médecin du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ 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 RAMQ	55
• pharmacien du Québec et hors Québec inscrit à la RAMQ	56
• infirmier du Québec	57
• diététiste	58
• inhalothérapeute	59
• prescripteur hors du Québec non inscrit à la RAMQ	99

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel, Renseignements à fournir.](#)

61 Numéro ou nom de prescripteur invalide

1. Le numéro du prescripteur (6 chiffres) est obligatoire. S'assurer qu'il est inscrit adéquatement sur la demande de paiement.
2. Si le type de prescripteur est « Hors Québec » (**99**), le nom de famille (5 lettres au maximum) et l'initiale du prénom du prescripteur doivent être inscrits sur la demande de paiement.

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel, Renseignements à fournir.](#)

62 Code de sélection en erreur ou non permis pour le médicament

1. Vérifier si le code de sélection inscrit sur la demande de paiement correspond à une des valeurs suivantes :
 - champ « à blanc » = tel que prescrit;
 - choix du prescripteur de « ne pas substituer » = **1**;
 - choix du pharmacien de remettre un médicament équivalent = **3**;

63 Type de service en erreur

1. Vérifier si le type de service inscrit sur la demande de paiement correspond aux valeurs prévues.

Voir les sections suivantes :

- [2.2.4.1 Médicament magistral](#);
- [2.2.4.19 Thérapie parentérale](#);
- [2.2.4.20 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#);
- [2.2.4.21 Préparation de solution ophtalmique](#);
- [2.2.4.28 Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes \(TUO\)](#);
- [2.2.4.30 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#);
- [2.2.4.31 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques](#);
- [2.2.4.41 Distribution d'autotests de dépistage de la COVID-19](#);
- [2.2.4.42 Traitement de la maladie à coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#)

64 Un seul code d'intervention est requis avec ce code ou type de service

1. Vérifier la présence d'un seul code d'intervention sur la demande de paiement pour les codes de service **V**, **W** et **W2**.

Voir les sections [2.2.4.30 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) et [2.2.4.31 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments](#) pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques.

65 Code d'intervention/exception en erreur ou non permis : **

1. Vérifier si le code d'intervention ou d'exception inscrit sur la demande de paiement est en vigueur à la date de service ou s'il correspond aux conditions prévues d'utilisation.
Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.
2. Lorsque le médicament est un anovulant transmis en pilulier (code de service **P** ou **G**), vérifier que le code d'intervention ou d'exception correspond à **PI** (Pilulier indivisible).
Voir la section [1.7.4.8 Médicament fourni sous la forme d'un pilulier](#).

3. 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 remboursement ou au coût du médicament.
4. Lorsque la bandelette CoaguChek XS PT Test (**99101324**) est facturée, les codes d'intervention ou d'exception **MQ**, **ME** et **MR** ne sont pas permis.
5. Le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception **BE**) n'est pas permis lorsque la personne assurée bénéficie d'une limite de 3 000 bandelettes.
6. La personne a déjà obtenu le remboursement de 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception **BE** déjà demandé) dans la période de 365 jours.
Voir la section [2.2.6 Mesures administratives pour le remboursement des médicaments dans le cadre de l'utilisation optimale des médicaments](#).
7. Pour la personne assurée qui bénéficie d'une limite de 200 ou de 400 bandelettes, 100 bandelettes supplémentaires (code d'exception **BE**) doivent avoir été autorisées avant de permettre le remboursement de 100 bandelettes en dernier recours (code d'exception **BD**).
8. Mesure administrative – **IPP** (classe 56 : 28.36)
Lorsque le code d'intervention **IP** est présent sur la demande de paiement, le médicament doit être un **IPP** avec un code justificatif inscrit dans le champ « Code d'indication reconnue ».
9. Programme de la naloxone (**8K** et **8L**)
En présence de l'un des codes de programme **8K** ou **8L**, seuls les codes d'intervention ou d'exception suivants sont permis :
 - **MK** (pour générer un NAM temporaire dans le cadre d'un programme de gratuité);
 - **MS** (pour permettre le dépassement de la quantité maximale par service).
10. En présence des codes de service **AD** (modification d'une thérapie médicamenteuse) ou **F** (fournitures de seringues), le code d'intervention est obligatoire.
11. En présence du code de service **CV** de type **B** (antiviraux COVID-19) ou **D** (antiviraux Influenza), seul le code d'intervention ou d'exception **MK** est permis (pour générer un NAM temporaire dans le cadre d'un programme de gratuité).

66 Coût médicament/fourniture en erreur pour le DIN *****

1. Vérifier si le coût du médicament, du produit ou de la fourniture est inscrit sur la demande de paiement et qu'il respecte la longueur maximale permise (99999,99).

68 Frais de service en erreur

1. Vérifier si les frais de service inscrits sur la demande de paiement sont de format numérique.

Voir l'onglet *Tarif*.

69 Trois codes intervention obligatoires avec service PH

1. Le code de service doit correspondre à PH – Prise en charge après à une hospitalisation
 2. Afin de répondre à la condition « au moins 3 médicaments doivent rencontrer l'un ou l'autre des motifs suivants », ajouter sur la demande de paiement les 3 codes d'intervention suivants :
 - **AC** : pour un ajustement
 - **AD** : pour un ajout
 - **AE** : pour une cessation
-

76 Numéro de pharmacien absent/erreur/non admis

1. Le numéro de pharmacien instrumentant est obligatoire. Vérifier s'il est bien inscrit sur la demande de paiement.
 2. Le numéro du pharmacien instrumentant est admissible. Vérifier l'admissibilité du pharmacien à la date de service en communiquant avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).
-

78 Indication reconnue en erreur pour le DIN *****

1. Le code d'indication reconnue dépasse la longueur maximale de 10 caractères.
Veuillez vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription. Le code d'indication reconnue doit être valide à la date de service.
-

80 Nombre de DIN réclamés incompatible pour ce code de service

1. Les codes de service suivants exigent la facturation de deux produits ou plus : **I, J, K, M1, M2, M3, P2 à P5, O2 à O5, N2 à N5, G2 à G5, 62 à 65, Q, R, T**.
Voir la description des codes de service à la section [1.7.3.2, Renseignements à fournir](#).
-

81 Code de service incompatible ou magistrale non assurée pour le DIN *****

1. Vérifier les codes de produit (DIN) transmis selon le type de médicament magistral facturé.
 2. En présence des codes de service **M1, M2, M3, P2 à P5, O2 à O5, N2 à N5, G2 à G5, 62 à 65**, les médicaments doivent être permis selon le type de préparation magistrale facturée.
-

82 DIN *** déjà transmis sur la même demande de paiement**

1. Ces services ne peuvent être facturés avec deux codes de produit (DIN) identiques sur la même demande de paiement.

83 Le code d'indication reconnue est non permis pour le DIN *****

1. Le code de l'indication reconnue ou le code justificatif transmis n'est pas compatible avec le médicament facturé. Vérifier s'il s'agit d'une erreur de transcription.
 2. Demande paiement transmise avec un médicament d'exception (groupe bénéfices **41**) et un code d'intervention reconnue valide et non permis à la date de service.
 3. Demande paiement transmise avec un médicament de la classe AHFS 56 : 28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons (**IPP**) et un code justificatif **IPP (PP12, PP205 ou PP999)** valide et non permis à la date de service.
-

84 L'autorisation a pris fin le SSAAMJJ, traitement non répétitif

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 *****

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

Sur une demande de paiement, le DIN identifiant le nombre d'unités préparées doit être présent.

Voir la description des codes de service à la section [1.7.3.2, Renseignements à fournir](#).

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

Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreint 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**

Il s'agit d'un code d'indication reconnue à durée limitée restreint 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 AAMMJJ (ex. : 220701).
 2. Si cette date est produite par le logiciel de facturation, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.
-

91 Numéro d'ordonnance de départ en erreur (transaction de détail journalier)

Vérifier si le numéro d'ordonnance de départ est numérique.

NOTE : Si vous désirez toutes les ordonnances, inscrire 000000000.

92 Numéro d'ordonnance de fin en erreur (transaction de détail journalier)

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 *****

Pour une facturation comportant un médicament d'exception codifié, lorsqu'il n'existe pas d'autorisation au préalable de la RAMQ, 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**

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.

95 Date de rédaction de l'ordonnance en erreur

Le message d'erreur indique que le format de la date de rédaction de l'ordonnance est invalide. Elle doit respecter le format suivant : SSAA-MM-JJ.

96 Marge bénéficiaire du grossiste en erreur pour le DIN *****

Le message d'erreur indique que le montant de la marge bénéficiaire du grossiste est présent, mais qu'aucune source d'approvisionnement n'est saisie pour le DIN.

97 Code justificatif en erreur pour le DIN *****

Le message d'erreur indique que, lorsqu'un code justificatif est présent sur la transaction et qu'il fait partie de la mesure administrative IPP, il doit être valide à la date de service.

98 Le code justificatif est non permis pour le DIN *****

1. Le message d'erreur indique que le médicament facturé n'est pas permis avec le code justificatif inscrit dans la transaction.

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 *Liste des médicaments*.

Voir l'Annexe A, point c) du *Guide administratif – Liste des médicaments*.

5B Numéro 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.
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 **UI**, pharmacien désigné contacté ou non, doit être inscrit sur la demande de paiement.

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 de l'ordonnance en erreur

1. Vérifier si la date de fin de validité inscrite sur la demande de paiement est :
 - postérieure à la date du service ou y correspond;
 - de format SSAAMMJJ (ex. : 20AA0728);
 - une date valide (ex. : le 30 février n'est pas une date valide).
 2. Vérifier si le nombre de renouvellements inscrit sur la demande de paiement est égal à 99. Si oui, s'assurer que la date de fin de validité est valide et dans le bon format.
-

A1 Demande de paiement trop ancienne

1. 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 = 2020-07-01 moins [-] 99 jours = 2020-03-24). L'intervalle des dates de service acceptables est du 2020-03-24 au 2020-07-01.

-
2. Vérifier si le délai entre la date de transmission et la date du jour est inférieur ou égal à 45 jours pour les transactions suivantes :
 - 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

1. Vérifier si la date de service est antérieure à la date du jour ou y correspond.
 2. 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 : *****

1. 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.
2. Vérifier si cette demande de paiement concerne un renouvellement hâtif. Si oui, indiquer la raison du renouvellement hâtif.
Voir la section [1.7.4.13 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Un seul motif de refus d'ordonnance est payable pour un même médicament (même dénomination commune), pour une même journée.
7. 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.
8. Vérifier, pour le code de service **J**, traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, si le même service a déjà été payé selon les critères suivants :

Type de service **A** :

- même personne;
- même date de service;
- même pharmacie;
- même code de service et type de service.

Type de service **A, B ou C** :

- même numéro d'ordonnance.

En présence du code d'intervention ou d'exception **CS**, considération spéciale, l'erreur est non générée.

9. Vérifier si le même service (**FE, V** ou **W, W1, W2**) a déjà été demandé à la même date de service pour la personne assurée. Si oui, corriger la demande de paiement et la resoumettre.
 10. Avec le code de service **AD** Modification à une thérapie médicamenteuse :
 - Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour toutes les pharmacies pour des dénominations communes différentes, est permis;
 - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement;
 - À partir de la 5^e demande de paiement transmise, le message A3 est affiché.
-

A8 Demande de paiement à annuler absente

1. Selon les renseignements reçus, aucune demande de paiement à annuler n'a été trouvée. Vérifier, corriger si nécessaire et resoumettre les données de la demande de paiement à annuler :
 - numéro de pharmacie;
 - date de service;
 - numéro de l'ordonnance;
 - numéro de contrôle externe (**NCE**);
 - date de transaction.

A9 Demande de paiement déjà annulée

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 :
 - numéro de pharmacie;
 - date de service;
 - numéro de l'ordonnance;
 - numéro de contrôle externe (**NCE**);
 - date de transaction.

B1 Pharmacie non admissible

1. Vérifier si le numéro de pharmacie est bien inscrit sur la demande de paiement.
2. S'assurer que le numéro de pharmacie est valide à la date de service.

C6 Personne non assurée

- Si la demande de paiement concerne un médicament pour le traitement d'une **ITSS** ou de la tuberculose, la gratuité de la naloxone et ses fournitures ou la pilule abortive, inscrire l'un des codes de programme suivants :

	Valeur
• traitement d'une personne atteinte de ITSS	1K
• traitement épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte de ITSS	1L
• traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance épidémiologique des cas contacts d'une personne atteinte d'une ITSS	1M
• 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
• médicament naloxone et fournitures facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes	8K
• médicament naloxone et fournitures facturés au nom de la personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes	8L
• programme universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive)	09

Voir les sections :

[1.7.4.11 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS](#)

[1.7.4.12 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose](#)

[2.2.6.19 Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse \(pilule abortive\)](#)

[2.2.6.20 Programme de gratuité du médicament naloxone et de certaines fournitures](#)

- La personne a choisi de ne pas adhérer à l'assurance médicaments de la RAMQ et elle est couverte par une autre assurance (65 ans ou plus).

C8 Personne non admissible ass. maladie ou carte non valide

La personne doit être admissible au régime d'assurance maladie et détenir, à la date des services, une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide **sauf** pour certaines conditions particulières :

- Pour une personne avec un NAM temporaire (11^e caractère égal à **M**) qui présente une preuve temporaire d'admissibilité au médicament. Cette situation est facturée avec l'un des codes d'intervention suivants :
 - **MA** : preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments (personne adulte),
 - **MB** : preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments (personne à charge);
- Pour une personne voulant bénéficier du programme de gratuité de la naloxone (code de programme **8K** ou **8L**) et pour certaines circonstances particulières.
Pour ces situations, le pharmacien doit identifier la personne avec le nom, prénom, date de naissance et sexe de la personne et saisir le code d'intervention **MK** (générer un NAM temporaire).

C9 Personne non couverte par ass. méd.

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 :
 - ITSS (code de programme **1K**, **1L** ou **1M**);
 - Naloxone (code de programme **8K** ou **8L**);
 - Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (code de programme **09**);
 - Tuberculose (code de programme **2K**, **2L**, **2R** ou **2S**);
 - Prestation de services pour la contraception orale d'urgence (code de programme **04**). *fin du programme le 2021-01-24*
2. Il s'agit d'un prestataire d'une aide financière 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 revendeur du statut de réfugié et est couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire.
3. Il s'agit d'une personne hébergée, mais temporairement, à l'extérieur de l'établissement. Ce dernier assume le coût des services pharmaceutiques.
4. Il s'agit d'une personne dont l'inscription s'est faite le jour même. Cette dernière sera disponible pour le système le lendemain.
5. Pour tout autre cas, la personne devra régulariser sa situation auprès de la RAMQ.

D1 Code de produit non payable : *****

1. Une demande de paiement est non payable si elle comprend uniquement des véhicules, solvants et adjuvants. Les situations d'exception suivantes sont conformes :
 - mise en seringue de solution de chlorure de sodium (code de service **Q**);
 - médicament de la mesure du patient d'exception (groupe bénéfice = **40**);
 - préautorisation téléphonique obtenue (code d'intervention/exception = **CS**);
2. La facturation de la bandelette Coaguchek (99101324) (listemed 118) est payable lorsqu'un service de prise en charge pour l'anticoagulothérapie (code de service **W**) pour la même pharmacie est présent à l'historique de la personne assurée dans les 12 mois précédent la date de service.
3. À partir du 3 février 2021, les réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) ci-dessous sont retirés de la *Liste des médicaments* et, par conséquent, ne sont plus remboursés, sauf exception :
 - D360 Blood Glucose Test Strips (99101469);
 - Dario (99101227);
 - GlucoDr (99101165);
 - iTTest (99100332);
 - Nova-Max (99100497);
 - On Call Vivid (99101314);
 - On-Call Plus (99100479);
 - TRUEtest (99100714).

D2 Code de produit qui n'est plus assuré DIN *****

1. Vérifier si le code DIN ou le format d'acquisition du médicament, du produit ou de la fourniture est en vigueur à la date de service.

D3 Prescripteur non admissible

1. Vérifier si le numéro du prescripteur correspond à celui de l'ordonnance. Si oui, vérifier l'admissibilité du prescripteur à la date de service en communiquant avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) de la RAMQ.
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.
3. Le pharmacien doit être admissible à prescrire les médicaments de la *Liste des médicaments*, excluant les stupéfiants, de drogues contrôlées ou de substances ciblées.
4. Pour le service de **Demande de consultation à un pharmacien** (code de service **DC**), faire attention au numéro dans les champs suivants :
 - Dans le champ **Prescripteur**, le numéro du prescripteur doit correspondre au professionnel qui fait la demande de consultation :
 - o Dans la même journée, vous ne pouvez inscrire deux fois le même numéro de professionnel.

-
- Dans le champ **Pharmacien instrumentant**, le numéro du pharmacien doit correspondre au pharmacien qui répond à la demande de consultation :
 - o Un pharmacien peut faire une demande de consultation à un autre pharmacien, mais le champ Prescripteur et le champ Pharmacien instrumentant ne peuvent pas être identiques.
-

D4 Ordonnance non renouvelable NCE : *****

1. Au dossier de la personne assurée à la RAMQ, 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).
 - 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** (voir la section [2.2.4.14](#) de l'onglet *Communication interactive*);
 - Sinon, une nouvelle ordonnance est requise.
 2. Au dossier de la personne assurée à la RAMQ, l'ordonnance a fait l'objet d'un refus d'exécution (code de service = **1**). Aviser la personne qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
 3. Le renouvellement d'une ordonnance prescrite pour le traitement d'ITSS (codes de programme : **1K, 1L ou 1M**) n'est pas payable. Aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
 4. Le renouvellement d'une ordonnance pour un médicament narcotique n'est pas payable. Aviser la personne assurée qu'elle doit se procurer une nouvelle ordonnance.
 5. Le renouvellement de la contraception orale d'urgence prescrit par le pharmacien n'est pas payable. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance ou le numéro du prescripteur.
 6. En présence du médicament mifépristone/misoprostol ou du code de service **CP** (code de programme **09** – pilule abortive), le nombre de renouvellements doit être égal à **0**.
-

D6 Montant total supérieur à 1 000 \$

Vérifier si la quantité inscrite sur la demande de paiement est correcte. Si oui et que le coût total est supérieur à 1 000 \$, inscrire le code d'intervention ou d'exception propre à cette situation, **MP**.

Voir la section [2.2.4.17 Montant de l'ordonnance supérieur à 1 000 \\$](#).

D7 Renouvellement hâtif NCE : *****

S'il s'agit d'une situation particulière justifiant un renouvellement hâtif, indiquer un code d'intervention ou d'exception sur la demande de paiement.

Voir la section [1.7.4.13 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

E1 Traitement en erreur

Communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

H1 Rencontre initiale présente au dossier de la pers. ass., NCE *****

Les critères pour considérer qu'il y a double facturation sont les suivants :

- même personne;
 - même pharmacie;
 - même type de service (rencontre initiale **A** ou **D**);
 - même code d'intervention;
 - délai entre le service à l'historique (le plus récent) et le service présentement facturé est de moins d'un an;
 - aucun arrêt de service (type **Z**) n'a été transmis durant la période entre les deux services.
-

H2 Une rencontre de suivi doit être précédée d'une rencontre initiale

Pour une facturation avec le code de service **W** et le type de service **B** ou **C**, on recherche à l'historique les critères suivants :

- même personne;
 - même pharmacie;
 - code de service **W**;
 - même code d'intervention.
-

H3 Le forfait annuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé

Le nombre de rencontres de suivi (limite de 2 ou 3 par champ thérapeutique) payable annuellement est déjà atteint.

H4 Le forfait mensuel couvrant la période du SSAA/MM/JJ au SSAA/MM/JJ est déjà payé

Le nombre de rencontres de suivi (limite de 1 par champ thérapeutique) payable mensuellement est déjà atteint.

H5 Arrêt de prise en charge déjà présent au dossier de la pers. assurée, NCE *****

Un arrêt de prise en charge (type **Z**) pour le même code d'intervention a déjà été transmis pour cette personne assurée.

H6 Arrêt de prise en charge accepté

Le pharmacien est informé lorsqu'un arrêt de prise en charge (type **Z**) est accepté pour le code soumis.

H7 Service déjà payé pour la période en cours NCE : *****

1. À partir du 25 janvier 2021, deux services d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation (code de service **Z**) sont payables par personne assurée, par période de 12 mois, lorsque la durée de traitement totale est de 30 jours et plus, et ce, pour l'ensemble des pharmacies.
Un délai de 365 jours doit s'être écoulé entre deux services.
2. Dans le cadre du programme de gratuité de la naloxone, le code de service **EN** pour l'enseignement de l'administration de la naloxone est permis une seule fois par personne, par pharmacie, par période de 365 jours en présence du code de programme **8K** ou **8L**.
3. Le service de prise en charge en soins palliatifs (code de service **SP**) est un forfait hebdomadaire qui peut être facturé une fois par période de 7 jours.
4. Dans le cadre du service d'administration d'un médicament, le tarif relié au code de service **FE** est payable 2 fois par année, par personne assurée, par médicament (par dénomination commune et forme).

H8 Période couverte du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ

Pour les services définis sur une période donnée, le message **H8** est généré afin d'indiquer cette période.

Médicaments d'exception Pour les médicaments **Trulicity^{MC}, Victoza^{MC} et Ozempic^{MC}** : l'autorisation est valide pour une période de 365 jours.

Bandelette Diabétique : Le nombre maximal de bandelettes remboursables par période de 365 jours est modulé en fonction du risque d'hypoglycémie (codes de service **BD, BM, BE, BG, BI**).

Dexcom G6 Le nombre maximal de bandelettes remboursables est de 100 pour une période de 18 mois et débute à la première facturation de bandelettes à la suite de la facturation d'un capteur/récepteur Dexcom.

Dexcom G7 Le nombre maximal de bandelettes remboursables est de 100 pour une période de 18 mois et débute à la première facturation de bandelettes à la suite de la facturation d'un capteur Dexcom.

HF Fin d'autorisation le AAAA-MM-JJ : inviter la personne à revoir son médecin

Message informatif qui n'empêche pas le paiement de la demande de paiement ou de la demande de remboursement.

Pour les médicaments Trulicity^{MC}, Victoza^{MC} et Ozempic^{MC}, l'écart entre la date de service et la date de fin de l'autorisation ne peut dépasser 60 jours.

K6 Lien de parenté et âge incompatibles

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.

R1 Maximum annuel atteint NCE : *****

En présence du code de service **V** et du type de service **B**, le système CIP limite le paiement à une seule demande 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 : *****

La même demande de paiement avec les critères suivants a déjà été payée à la personne assurée par la SAAQ :

- 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

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.

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.
2. Après vérification des tarifs (voir l'onglet *Tarif*), si l'écart est non justifié, se reporter aux procédures établies par le développeur de logiciels.

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

DJ Coût/marge grossiste 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 logiciels.
- NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.
3. Ce message est généré lorsque la RAMQ 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.
 4. Lorsque le montant demandé par le pharmacien pour le dimenhydrinate dépasse le prix maximal remboursable, le système ajuste le coût du médicament au prix maximal établi et le montant de la marge bénéficiaire du grossiste, le cas échéant.

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 comme demandée.
Voir la section [2.2.4.29 Facturation d'un code de produit autre – Décision du pharmacien \(produits de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons\)](#).
 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. Une autorisation de type **PME** est requise pour un médicament de la mesure du patient d'exception (groupe bénéfice = **40**).
2. Une autorisation de type **PME** ou **INTH** est requise pour un médicament d'exception (groupe bénéfice = **41**), sauf pour un médicament d'exception transmis avec un code d'indication reconnue à période illimitée.
3. Une autorisation de type **CPSE** est requise pour une considération spéciale (code d'intervention/d'exception **CS**).
4. Une autorisation de type **RENH** est requise pour une situation de renouvellement hâtif préautorisée par la RAMQ (demande de paiement facturée avec le code d'intervention ou d'exception **DM**).
5. Une autorisation de type **LOND** est requise pour une ordonnance de longue durée préautorisée par la RAMQ (demande de paiement facturée avec le code d'intervention ou d'exception **DN**).
6. Une autorisation de type **CSSR** est requise pour une considération spéciale pour le service rendu (code d'intervention ou d'exception **TC**, **TP**, **TB**, **TR** ou **TS**) lorsque les frais de transport demandés sont supérieurs à 25 \$. Le montant maximum pouvant être autorisé est de 75 \$.
7. Une autorisation de type **PILD** est requise pour une ordonnance facturée en pilulier (code de service **P**) pour une durée de traitement de plus de 28 jours dans certaines situations particulières.
8. Lorsque le pharmacien est le prescripteur, la demande de paiement en traitement est acceptée dans les situations suivantes :
 - a) Code d'indication reconnue à période **illimitée** :
 - Présence d'une autorisation PME valide à la date de service,
 - Depuis le 19 juin 2019, présence sur la demande de paiement en traitement d'un des codes suivants : **AI9**, **DE20**, **RE112**, **RE113** et **VA138**,
 - Le code d'intervention ou d'exception présent sur la demande de paiement en traitement est **IP**, confirmation des services rendus au privé.
 - b) Code d'indication reconnue à période limitée :
 - Présence d'une autorisation **PME** ou **INTH** valide à la date de service,

ou

- Le code d'intervention ou d'exception présent sur la demande de paiement en traitement est **IP**, confirmation des services rendus au privé.

DY Erreur d'inscription du code d'intervention

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 logiciels.

EJ Date prévue de renouvellement SSAA/MM/JJ

Il s'agit d'un renouvellement anticipé pour lequel la RAMQ a perçu une contribution pour le mois suivant. Les modalités de calcul de cette date sont définies à la section [1.7.4.13 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

EK Ordonnance de longue durée : XXX jours

Il s'agit d'une ordonnance de longue durée pour laquelle la RAMQ 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.

EP Traitement IVG médicamenteuse déjà remboursé à la personne assurée NCE : *****

1. En présence du code de programme **09** (Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse [IVG] médicamenteuse [pilule abortive]), le remboursement du médicament mifépristone/misoprostol (Mifegymiso^{MC}) n'est permis qu'une seule fois par personne, par période de 60 jours. Afin de permettre la facturation, le pharmacien doit communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

ES Service sur appel déjà payé NCE : *****

Ce message paraît si une autre demande de paiement pour un service sur appel a été facturée 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**.

1. **FP Forme ou code de produit non permis avec ce code de service pour le DIN *******Lorsque le **code de service N**, exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique, et le **code de service 6**, exécution ou renouvellement pour une maladie chronique de moins de 7 jours sont présents, le médicament doit être en forme orale solide.
2. En présence du produit méthadone (de solution orale), le code de service doit être **J, M1, M2, M3, O ou 1**.
3. En présence du produit suboxone, le code de service doit être **J et 1**.

-
4. En présence d'une préparation magistrale (excluant la méthadone), le code de service doit être **M1, M2, M3, P2 à P5, O2 à O5, N2 à N5, G2 à G5, 62 à 65** ou 1.
 5. En présence d'une préparation magistrale (méthadone seulement), le code de service doit être **J, M1, M2, M3** ou 1.
 6. En présence d'une bandelette CoaguChek XS PT Test (**99101324**), le code de service doit être **O**.
-

HB ATTENTION : utiliser le code de facturation 99114111 du programme universel

L'un des objectifs du programme est de **couvrir toutes prescriptions d'oseltamivir**. Depuis le **7 décembre 2022**, toutes les ordonnances pour les capsules d'oseltamivir doivent être facturées dans le cadre de ce programme. Pour ce faire, vous devez utiliser l'un des trois codes de facturation d'oseltamivir donnant droit à la gratuité.

HC ATTENTION : utiliser le code de facturation 99114112 du programme universel

L'un des objectifs du programme est de **couvrir toutes prescriptions d'oseltamivir**. Depuis le **7 décembre 2022**, toutes les ordonnances pour les capsules d'oseltamivir doivent être facturées dans le cadre de ce programme. Pour ce faire, vous devez utiliser l'un des trois codes de facturation d'oseltamivir donnant droit à la gratuité.

HD ATTENTION : utiliser le code de facturation 99114113 du programme universel

L'un des objectifs du programme est de **couvrir toutes prescriptions d'oseltamivir**. Depuis le **7 décembre 2022**, toutes les ordonnances pour les capsules d'oseltamivir doivent être facturées dans le cadre de ce programme. Pour ce faire, vous devez utiliser l'un des trois codes de facturation d'oseltamivir donnant droit à la gratuité.

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 RAMQ.
2. S'il s'agit d'un médicament d'exception ou d'un 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 égal ou inférieur à 60 jours.
3. S'il s'agit d'un médicament de la classe AHFS 56 : 28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons avec un code justificatif IPP (**PP12, PP205 ou PP999**), l'écart entre la date de service et la date de fin est égal ou inférieur à 60 jours.

NOTE :Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

HY Autorisation requise dès le SSAA/MM/JJ : Inviter la personne à revoir son médecin

Ce message 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 : *****

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.

KF Quantité autorisée dépassée pour le DIN *****

Certains codes d'indication reconnue à durée limitée sont soumis à une quantité maximale de médicaments pouvant être facturée durant la période de l'autorisation. Alors, en fonction de cette particularité, une demande de paiement sera refusée si la quantité facturée du médicament d'exception codifié dépasse la quantité maximale permise.

KG Nombre renouv. trop grand NCE *****

1. S'il s'agit d'une pharmacothérapie initiale, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant **MT** est inscrit sur la demande de paiement, car le nombre de renouvellements devant être inscrit sur la demande de paiement doit être identique pour le premier et le second service de pharmacothérapie initiale.

Voir la section [1.7.4.7 Initiation d'une pharmacothérapie](#).

2. Pour modifier le nombre de renouvellements inscrit par erreur sur la demande de paiement de l'ordonnance originale, inscrire le code d'intervention ou d'exception **MG** et corriger le nombre de renouvellements restant sur la demande de paiement.

Voir la section [1.7.4.14 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité](#).

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 RAMQ 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 *****

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.

Voir la section [1.7.4.14 Modification du nombre de renouvellements ou de la date de fin de validité](#).

KN Code BD – Noter la justification au dossier

Il s'agit d'un remboursement de 100 bandelettes de dernier recours (code d'exception **BD**) pour lequel la justification de son utilisation doit être notée au dossier du patient.

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

KO Code de preuve temporaire d'admissibilité déjà utilisé

1. La personne a déjà obtenu des médicaments sous un autre code de preuve temporaire d'admissibilité dans le même mois.

Vérifier la situation de la personne à savoir :

- preuve d'admissibilité comme **PAE** adulte (code **MA**);
- preuve d'admissibilité comme **PAE** à charge ou présentant des contraintes sévères à l'emploi (code **MB**).

Inscrire le même code de preuve temporaire que celui facturé antérieurement. Sinon, communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

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 avec carnet de réclamation n'a jamais été confirmé.

Vérifier la date d'admissibilité inscrite sur la preuve temporaire. Si elle est valide, communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

KP Renouvellement hâtif autre pharmacie NCE *****

1. Si la justification du renouvellement hâtif fournie par la personne assurée est satisfaisante, inscrire le code d'intervention ou d'exception pertinent à la situation.

Voir la section [1.7.4.13 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).

2. Dans le cas contraire, le service n'est pas payable.
-

KQ Code de preuve temporaire d'admissibilité en erreur

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**.

KV Coût du produit autorisé au prix de vente garanti pour le DIN *****

Ce message est généré lorsque la RAMQ autorise le coût du médicament au prix de vente garanti en présence de la mention « **Ne pas substituer** » avec le 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.

LQ Quantité restante : *****

1. La quantité inscrite dans le message permet de savoir le nombre de bandelettes restantes remboursables pour la personne assurée. Le nombre maximal de bandelettes est modulé en fonction du traitement antidiabétique en usage.
2. Gestion de la quantité maximale permise pour les médicaments Trulicity^{MC}, Victoza^{MC} et Ozempic^{MC}.

Depuis le 7 juillet 2021, le système contrôle la quantité maximale permise par année pour les médicaments suivants : Trulicity^{MC}, Victoza^{MC} et Ozempic^{MC}.

Les quantités maximales permises sont :

- Trulicity^{MC} : jusqu'au 2022-06-21 : 52 / après le 2022-06-21 : 56
- Victoza^{MC} : jusqu'au 2022-06-21 : 36 / après le 2022-06-21 : 39
- Ozempic^{MC} : jusqu'au 2022-06-21 : 13 / après le 2022-06-21 : 21

3. Programme de distribution d'autotests de dépistage de la COVID-19

Depuis le 20 décembre 2021, la quantité maximale permise pour une période de 30 jours est d'une boîte comprenant 5 autotests de dépistage par personne (par NAM) de 14 ans et plus.

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

LR Durée restante : * jours**

La durée inscrite dans le message permet de savoir que la durée de traitement restante est d'au moins 45 jours avant que la durée maximale de remboursement de 90 jours soit atteinte. De plus, ce message informe de la durée de traitement restante avant que le cumul de 90 jours soit atteint pour les inhibiteurs de la pompe à protons (**IPP**).

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de la demande de paiement.

LS Durée de traitement admissible XXX jours

1. La **durée de traitement** totale au cours d'une période de 12 mois consécutifs pour un traitement antitabagique pour l'ensemble des pharmacies ne doit pas dépasser 84 jours. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle qui est remboursable par la RAMQ doit être payée par la personne assurée.
2. La durée de traitement ne doit pas excéder celle permise pour certains médicaments prescrits par les podiatres.
3. Pour une ordonnance d'un inhibiteur de la pompe à protons (classe AHFS 56 : 28.36) sans code justificatif, la durée de remboursement totale par période de 365 jours ne doit pas dépasser 90 jours. Ajuster la durée de traitement et la quantité payable en fonction du nombre de jours résiduel indiqué dans le message. Toute ordonnance avec une durée de traitement supérieure à celle qui est remboursable par la RAMQ doit être payée par la personne assurée.

LT Période permise dépassée NCE : *****

1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une **période** de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de NCE indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la RAMQ 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.
 3. Le médicament dimenhydrinate doit être facturé dans la période de 15 jours suivant la première facturation d'un des deux médicaments couverts (mifépristone/misoprostol ou dimenhydrinate) avec le code de programme **09**.
-

LU Période dépassée autre pharmacie NCE : *****

1. Les services reliés aux produits antitabagiques doivent être fournis à l'intérieur d'une **période** de 12 semaines consécutives, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de **NCE** indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
 2. Un seul traitement antitabagique est remboursable par la RAMQ au cours d'une période de 12 mois consécutifs, et ce, à compter du 1^{er} jour du traitement précédent, pour l'ensemble des pharmacies. Le numéro de **NCE** indiqué dans le message réfère au service qui est en conflit avec la demande de paiement en traitement.
-

LV Quantité maximum dépassée, payable : * pour le DIN *******

1. La **quantité** de gommes payable par la RAMQ 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 RAMQ doit être payée par la personne assurée.
2. La quantité de bandelettes remboursables par période de 365 jours est de 200, 400 ou 3 000 bandelettes. Le nombre maximal est modulé en fonction du traitement antidiabétique en usage. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre résiduel de bandelettes indiqué dans le message. Toute quantité supérieure à celle remboursable par la RAMQ doit être payée par la personne assurée.
3. La quantité de bandelettes supplémentaires (code d'exception **BE**) et en dernier recours (code d'exception **BD**) remboursables est de 100. Ajuster la quantité payable et la durée de traitement en fonction du nombre résiduel de bandelettes indiqué dans le message.
4. Pour le **Programme de distribution d'autotests de dépistage de la COVID-19**, le message indique la quantité dépassée d'autotests admissibles pour la période de 30 jours (1 boîte de 5 autotests).

LY Aucun méd. permis pour ce code de service

En présence des codes de service **2, 3, 4, 5, 7, 8, A, CP, EN, S, V, W, W2 et Z**, aucun code DIN n'est requis. Retransmettre la demande de paiement sans code DIN ou vérifier le code de service.

MC Médicament remboursable par la SAAQ

La 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 demandé 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 : *****

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 la section [1.7.4.13 Non-respect de la durée du traitement \(renouvellement hâtif ou anticipé\)](#).
3. Le service de prise en charge en soins palliatifs (code de service **SP**) est un forfait hebdomadaire par NAM qui peut être facturé une fois par période de 7 jours, pour l'ensemble des pharmacies.

NF Quantité en erreur vs durée traitement pour le DIN : *****

Vérifier les cas suivants :

- S'il s'agit d'une situation exceptionnelle qui nécessite un dépassement de la quantité maximale journalière, inscrire le code d'intervention ou d'exception « permet le dépassement de la quantité maximale journalière » **MQ**.
Voir la section [1.7.4.15 Dépassement de la quantité maximale journalière](#).
- S'il y a eu une autorisation téléphonique, inscrire le code d'intervention ou d'exception correspondant « préautorisation téléphonique a été obtenue de la RAMQ » **CS**.
Voir la section [2.2.5.19 Considération spéciale](#).

NOTE :Ce message paraît lorsque la quantité quotidienne de l'ordonnance facturée dépasse la quantité maximale déterminée administrativement par la RAMQ.

NH Quantité en erreur format indivisible pour le DIN *****

1. Vérifier dans la *Liste des médicaments* s'il s'agit d'un médicament de **format indivisible**.

Si oui, inscrire exactement la **quantité** du format ou encore un multiple de cette quantité, selon ce qui est fourni à la personne.

-
2. Si la quantité facturée est une fraction du format indivisible, communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) pour obtenir une autorisation préalable de la RAMQ.
-

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, M1, M2, M3, P2 à P5, G2 à G5, N2 à N5, O2 à O5, 62 à 65, Q, R, T, V ou W, W2**.

Si oui, le type de service inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à ceux qui sont prévus. Voir les sections :

- [2.2.4.27 Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes](#) (TUO);
- [1.7.4.1 Médicament magistral](#);
- [2.2.4.19 Thérapie parentérale](#);
- [2.2.4.20 Mise en seringue de solution de chlorure de sodium](#);
- [2.2.4.21 Préparation de solution ophtalmique](#);
- [2.2.4.30 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#);
- [2.2.4.31 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques](#).

Voir la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#), Renseignements à fournir.

NM Service * et classe produits incompatibles pour le DIN *****

1. Le système vérifie la concordance des médicaments demandés pour les codes de service suivants :
 - Code de service **E** correspond à une ordonnance de formule nutritive. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux inscrits dans la *Liste des médicaments* ou à celui fourni par la RAMQ sur la lettre d'autorisation;
 - Code de service **F** correspond à une ordonnance de fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues sans aiguille. Si oui, le code de produit (DIN) inscrit sur la demande de paiement doit correspondre à l'un de ceux présents dans la *Liste des médicaments* à la section *Fournitures*;
 - 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 AHFS 68 : 20.08 de la *Liste des médicaments*;
 - Code de service **R** correspond à une ordonnance pour préparation de solution ophtalmique. Si oui, présence du contenu (**99100528**) et du mélange final qui correspondent à la description de la préparation magistrale de la solution ophtalmique inscrite à la section 3 de la *Liste des médicaments*;
 - 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 demandé avec un adjuvant;
- Code de service **T** correspond à une ordonnance pour une thérapie parentérale de type **A** à **J**. Si oui, présence d'un seul médicament demandé avec un ou des adjuvants. Si présence d'un sac, d'une cassette ou d'un perfuseur, s'assurer que l'ordonnance correspond au type de thérapie parentérale approprié;
- Code de service **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 *Liste des médicaments*, à la section *Fournitures*, fournitures pour chambre d'espacement;
- Code de service **Y** est requis pour la facturation de fourniture sans honoraires – masque, tampons alcoolisés et gants. Ce code est aussi valable pour les fournitures comprises dans la trousse préassemblée de naloxone dans laquelle on ajoute 2 vaporisateurs de Narcan;
- Code de service **J** correspond à une ordonnance pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Si oui, le ou les codes de produit (DIN) inscrits sur la demande de paiement doivent correspondre à la méthadone (chlorhydrate de) ou à la buprénorphine/naloxone.

NN Service et code d'intervention ** incompatibles

2. Si le code de service est **7**, inscrire **le code d'intervention ou d'exception** correspondant à la raison motivant le transport d'urgence.
Voir la section [2.2.4.23 Transport d'urgence ou d'exception des thérapies parentérales, des solutions ophthalmiques ou d'une préparation magistrale non stérile](#).
3. Si le code de service est **S**, s'assurer que le code d'intervention ou d'exception correspondant à **UI**, pharmacie désignée contactée ou non, n'est pas inscrit puisque ce code sert uniquement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.
4. Si le code de service est **V**, **W** ou **W2**, inscrire le code d'intervention approprié.
Voir les sections [2.2.4.30 Service de prescription d'un médicament ou amorce d'une thérapie médicamenteuse](#) ou [2.2.4.31 Service de la prise en charge de l'ajustement de la dose de médicaments](#) pour l'atteinte de cibles thérapeutiques visant un ou plusieurs des champs thérapeutiques.
5. Si le code de service est **F**, inscrire le code d'intervention approprié.
Voir la section [2.2.4.2.4 Fourniture de seringues-aiguilles jetables, de seringues jetables \(sans aiguille\), de seringues de chlorure de sodium préremplies](#).
6. Si le code de service est **AD**, inscrire **le code d'intervention approprié**.
7. Si le code de service est **CV** de type **B**, inscrire le code d'intervention approprié.
Voir la section [2.2.4.42 Traitement de la maladie à coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#)

NO Service requiert personne sous surveillance – PROGRAMME SUSPENDU

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 UI, pharmacie désignée contactée ou non, puisque ce code est utilisé seulement lorsque le prestataire ne se présente pas à la pharmacie désignée.
 2. Vérifier si la personne est bien un prestataire soumis au mécanisme de surveillance à la date de service.
-

NQ Médicament *** non permis en pharmaco. initiale**

Le médicament inscrit sur la demande de paiement n'est pas visé par la pharmacothérapie initiale. Il doit faire partie de l'Annexe VI de l'Entente.

NR Médicament *** non permis en pilulier**

Le médicament inscrit sur la demande de paiement n'est pas payable lorsqu'il est facturé en pilulier en raison de sa forme pharmaceutique.

NT Pharmaco. init. non permise NCE : *****

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.

NU Soins palliatifs et ajustement de dose même période NCE : *****

Message spécifique associé à la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs
– Une demande de paiement par période de 7 jours.

Le service de **modification d'une thérapie médicamenteuse** ne peut être facturé en surplus durant la période de 7 jours du service **SP**.

OP Service précédent servi en pilulier NCE*****

Il s'agit d'une demande de paiement d'une durée de 14 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.

NOTE : Ce message n'empêche pas le paiement de cette demande de paiement.

OV Ordonnance verbale non permise

1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, au Règlement sur les stupéfiants et au Règlement sur les aliments et drogues, l'ordonnance verbale est non permise pour ce médicament.
2. L'ordonnance verbale est non permise lors du traitement de la dépendance de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.

OW Renouvellement verbal non permis

1. Vérifier la nature et l'expression de l'ordonnance. Conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, au Règlement sur les stupéfiants et au Règlement sur les aliments et drogues, le renouvellement verbal est non permis pour ce médicament.
 2. Le renouvellement verbal est non permis lors du traitement de substitution aux opioïdes. Corriger la nature et l'expression de l'ordonnance.
-

PA Médicament *** non permis pour ce type prescripteur**

1. Le médicament inscrit sur la demande de paiement ne peut être prescrit par ce type de prescripteur.
 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 narcotique.
 3. En présence du code de service **FE, RA, AD**, les médicaments ciblés, contrôlés et les narcotiques ne sont pas permis pour le prescripteur.
-

PC Service non permis pour ce type prescripteur

1. La prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence n'est pas permise pour ce prescripteur. Vérifier l'admissibilité de ce prescripteur à la date de service en communiquant avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).
 2. En présence des codes de service **4, V, W, W1, W2, Z, CP, EN, FE, RA ou AD**, le type de prescripteur doit être un pharmacien.
-

QG Médicament *** inadmissible à ce programme**

1. Vérifier s'il s'agit bien d'un médicament visé par les programmes **ITSS (1K, 1L ou 1M), Tuberculose (2K, 2L, 2R ou 2S)**, Naloxone (**8K ou 8L**) ou Interruption volontaire de grossesse (**09**).
 2. En présence du code de programme, le médicament facturé doit correspondre à un des médicaments permis.
-

QH Coût du produit calculé est trop élevé

1. Le coût du médicament ou le montant total (coût du médicament + frais de service) calculé par le système est supérieur à 99 999,99 \$. Vérifier le code de produit (DIN), le format d'acquisition et la quantité du médicament.
-

QJ Quantité journalière facturée dépasse le maximum autorisé

L'indication reconnue pour le paiement du médicament prévoit une dose ou une posologie maximale qui se traduit par une quantité journalière maximale autorisée.

Vérifiez la quantité de médicament facturée et la durée de traitement.

QM Quantité journalière calculée avec historique dépasse le maximum autorisé

L'indication reconnue pour le paiement du médicament prévoit une dose ou une posologie maximale qui se traduit par une quantité journalière maximale autorisée.

Vérifiez la quantité de médicament facturée, la durée de traitement et l'historique.

RM Maximum quotidien dépassé NCE *****

1. Concernant le code de service **3** (opinion pharmaceutique) :
 - Le système limite le paiement à une seule demande de paiement le même jour pour la même personne assurée à la même pharmacie.
2. Concernant le code de service **V** (évaluation du besoin de la prescription d'un médicament) :
 - Le système limite le paiement à une seule demande de paiement le même jour, pour la même personne assurée, à la même pharmacie et pour le même code d'intervention (traitement médicamenteux).
3. Concernant une rencontre initiale avec le code de service **W, W2** (prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques) :
 - Pour un même champ thérapeutique, il ne peut y avoir, le même jour, une rencontre initiale et une rencontre de suivi pour la même personne.
4. Concernant une rencontre de suivi avec le code de service **W, W2** (prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques) :
 - Pour un même champ thérapeutique, il ne peut y avoir, le même jour, une rencontre initiale et une rencontre de suivi pour la même personne.
5. Concernant le code de service **AD** (modification d'une thérapie médicamenteuse) :
 - Un maximum de 4 modifications d'une thérapie médicamenteuse (ajustement ou cessation) par jour, pour toutes les pharmacies, pour des dénominations communes différentes, est permis;
 - Chaque modification (ajustement ou cessation) doit faire l'objet d'une demande de paiement.

RN Maximum annuel dépassé NCE *** et *******

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.

3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Aucune demande de remboursement ne doit être remplie pour des services non assurés et pour des personnes non admissibles selon les critères définis à l'onglet *Personnes assurées*.

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) et à la Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01), un remboursement peut être demandé lorsque des services couverts ont été fournis en pharmacie et que :

- la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou sa carte était expirée;
- le prestataire d'une aide financière n'a pas présenté son carnet de réclamation ou ce dernier était expiré;
- la personne admissible à l'assurance médicaments n'était pas inscrite à la RAMQ ou n'a pas mentionné au pharmacien y être inscrite.

Lorsqu'une personne assurée souhaite demander le remboursement de services payés en pharmacie, elle doit se présenter chez le pharmacien qui lui a rendu ces services (article 13.3. de la Loi sur l'assurance maladie).

Dans cette situation, le pharmacien peut utiliser le système CIP pour facturer plutôt que de remplir le formulaire *Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques)* (3621). Il doit ensuite rembourser la personne assurée selon les dispositions du régime public d'assurance médicaments (RPAM) et les modalités prévues à l'Entente, si la personne est admissible à un remboursement (articles 19 et 33 de la Loi sur l'assurance médicaments).

S'il y a lieu, la personne assurée doit avoir régularisé sa situation (avoir obtenu une carte d'assurance maladie valide, s'être inscrite au RPAM) pour satisfaire à la condition « Si la personne est admissible à un remboursement ».

Pour utiliser le système CIP lorsque le délai de 90 jours suivant la date du service est expiré, le pharmacien doit communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#). Lorsque la personne est admissible à un remboursement, le pharmacien obtient alors une autorisation de facturation selon les dispositions du RPAM et de celles prévues à l'Entente.

3.2 Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien

3.2.4 Généralités

Cette partie sert à transmettre à la RAMQ les données relatives à l'identification de la personne assurée, du prescripteur, du pharmacien qui a rendu le service et celles relatives au service pharmaceutique proprement dit.

Pour plus de détails sur la nature de l'information et la forme sous laquelle elle doit être inscrite dans chacun des champs de la demande de remboursement et les particularités se rapportant à chaque type de service, il faut se reporter aux instructions fournies à la section [1.7.3.2 Ordonnance et service professionnel](#).

Remarque : La case *TYPE DE SERVICE* du formulaire actuel doit servir à inscrire le type de service du médicament magistral, de la thérapie parentérale, de la mise en seringue de solution de chlorure de sodium, de la préparation ophtalmique, du traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament ou de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques.

Le pharmacien doit :

1. **Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en indiquant son numéro d'inscription à la RAMQ (6 chiffres) ainsi que tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation qui seront inscrits par la personne assurée).
2. **Remettre à la personne;**
 - l'exemplaire de la RAMQ;
 - sa copie;
 - une enveloppe-réponse.
3. **Conserver sa copie** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la RAMQ).

3.2.5 Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (3621)

Formulaire Demande de remboursement (médicaments et services pharmaceutiques) (verso)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

Guide de rédaction de la partie à remplir par le pharmacien

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le pharmacien doit remplir un formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* lorsque :

- la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée;
- le prestataire de la Sécurité du revenu n'a pas présenté son carnet de réclamation, ou que son carnet de réclamation était expiré;
- la personne admissible à l'assurance médicaments n'y est pas inscrite.

Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au pharmacien, celui-ci doit :

1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de la date de fin de la période de validité du carnet de réclamation, qui seront inscrits par la personne assurée).

Le pharmacien doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (6 chiffres).

2. Remettre à la personne assurée :

- l'exemplaire de la Régie;
- la copie de la personne assurée;
- une enveloppe-réponse.

3. Conserver la copie du pharmacien (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Remarque : Les pharmaciens trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Demande de remboursement ».

Rappel

Le pharmacien peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie) ou son carnet de réclamation. La personne assurée :

- est âgée de moins d'un an;
- est âgée d'au moins 14 ans et de moins de 18 ans;
- requiert des soins urgents;
- rencontre des circonstances prévues au règlement.

Vous pouvez communiquer avec la Régie :

Par téléphone :

Québec : **418 646-4636**

Montréal : **514 864-3411**

Ailleurs au Québec, sans frais : **1 800 561-9749**

.....
www.ramq.gouv.qc.ca

Par ATS :

(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)

Québec : **418 682-3939**

Ailleurs au Québec, sans frais : **1 800 361-3939**

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3



4 PAIEMENT

Pour tout renseignement sur le paiement, communiquer avec le [Centre de relations avec les professionnels](#) (voir la section *Introduction*).

4.2 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque délivré à l'ordre de la pharmacie ou par dépôt direct.

Le virement automatique (dépôt direct) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Pour adhérer au virement automatique, voir le formulaire [Autorisation de paiement par virement automatique – Pharmacie](#) (4551) disponible sur le site Web de la RAMQ.

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.3 Délai de paiement

La RAMQ fait le paiement dans les 15 jours suivant l'autorisation d'une demande de paiement.

4.4 État de compte

Un état de compte est toujours expédié pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ, peu importe le solde et le nombre de transactions qui y figurent.

Régie de l'assurance maladie		ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES JUSQU'AU		NUMÉRO DU PAIEMENT		PAGE
Québec							(6)	(7)	DE	(8)	
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE											
NOM		(1)	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	(2)	NUMÉRO DU GROUPE	(3)	NUMÉRO DU CHÈQUE	(4)	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	(5)	
(9)											
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE OU P	PERS. ASS.	CODE TRA EXPL	MONTANT PAYÉ
(1a)	(2a)	(3a)	(4a)	(5a)	(6a)						
SPÉCIMEN											
2000-4713-306-02/04											

4.4.4 Description

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

4.4.4.17 Renseignements généraux

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

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

4.4.4.18 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. DEMANDE** : Numéros de contrôle des demandes de paiement. Les 4 derniers chiffres seulement sont inscrits. Cependant, l'ordre d'impression sur l'état de compte se fait par les 6 chiffres. Par exemple, le numéro 100001 pourra figurer à la fin de l'état de compte avec le numéro 0001.
- 2a. DATE** : **Date de service inscrite sur la demande de paiement**. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour. Par exemple : 30 juillet 2022 = 220730; c'est-à-dire 22 pour les deux derniers caractères de l'année, 07 pour juillet et 30 pour le quantième.
- 3a. ACTE** ou **P** : Rien n'est inscrit dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS.** : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom, le cas échéant.
- 5a. CODE TRA** : Numéros correspondant à la nature de la transaction;
CODE EXPL : Numéros correspondant au message explicatif approprié.
- 6a. MONTANT PAYÉ** : Le montant du paiement ou de l'annulation.
Voir la section [4.4.6 Règlement des demandes de paiement](#).

4.4.4.19 Sommaire

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

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

4.4.4.20 Avis de remboursement à la personne assurée

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

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

4.4.5 Vérification des paiements

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

4.4.6 Règlement des demandes de paiement

4.4.6.17 Demande de paiement autorisée

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

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

4.4.6.18 Demande de paiement annulée

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

4.4.6.19 Annulation d'une demande de paiement déjà autorisée

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

Voir les procédures sous l'onglet *Communication interactive*, section [2.3 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien](#).

4.4.6.20 Délai pour demander l'annulation

Pour les modalités d'application en communication interactive, voir la section [2.3 Transaction d'annulation de la demande de paiement du pharmacien](#) sous l'onglet *Communication interactive*.

4.4.6.21 Délai pour demander une révision

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

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

4.4.7 Codes de transaction

Une codification numérique informe le pharmacien de l'état du règlement de ses demandes de paiement. L'état de règlement des demandes de paiement est indiqué dans la partie gauche (TRA) de la colonne CODE et la signification des codes est la suivante :

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

02 Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.

04 Demande de remboursement refusée.

20 Demande de remboursement ajustée à la demande de la personne assurée.

21 Demande de paiement annulée à votre demande.

22 Demande de paiement ajustée par la RAMQ – information déjà transmise par téléphone.

90 à 99– Codes spéciaux d'ajustements – information transmise par communiqué ou suivra sous pli séparé.

Remarque : Les codes 04 et 20 se trouvent dans la partie *Demandes de paiement remboursées à la personne assurée* de l'état de compte.

5 ENTENTE, AUTRES PROGRAMMES ET ENTENTES PARTICULIÈRES

Le texte officiel de l'[Entente des pharmaciens 2022-2025](#), les [autres programmes](#) et les [textes officiels modifiant l'Entente](#) sont publiés sur le site Web de la RAMQ.

6 TARIFS

La [grille des tarifs établis dans l'Annexe III de l'Entente des pharmaciens 2022-2025](#) est disponible sur le site Web de la RAMQ.

7 NOUS JOINDRE

Consultez la page [Nous joindre](#) du site Web de la RAMQ.