

COMMUNIQUÉ

aux pharmaciens propriétaires

Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Régie de
l'assurance maladie

Québec 

POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Centre de support aux pharmaciens

(entre 8 h et 22 h, du lundi au vendredi)

(entre 8 h 30 et 19 h, les samedis et dimanches)

UTILISER VOTRE TÉLÉPHONE VISTA 350

ou

Téléphone : Québec et région (418) 643-9025

Ailleurs au Québec 1 888 883-7427

Télécopieur : Québec et région (418) 528-5655

Ailleurs au Québec 1 888 734-4418

Sillery, le 25 novembre 2002

Modifications relatives à la perception de la contribution des personnes assurées lors de l'achat de médicaments, à compter du 1^{er} décembre 2002

Des changements relatifs à la perception de la contribution des personnes assurées entrent en vigueur le 1^{er} décembre 2002. Ces changements ont été apportés à la Loi sur l'assurance médicaments dans le but d'assurer une meilleure équité entre les personnes assurées et d'éviter ainsi le non-paiement des contributions normalement exigibles sur une base mensuelle. L'article 30 de la Loi sur l'assurance médicaments a ainsi été modifié afin d'appliquer la perception de la contribution dans les situations suivantes :

- lorsqu'une ordonnance qui a été exécutée au cours d'un mois est renouvelée par anticipation au cours d'un même mois alors qu'elle aurait été normalement renouvelable le mois suivant (renouvellement anticipé);
- lorsqu'une ordonnance d'une durée de plus de 31 jours est exécutée ou renouvelée alors qu'elle aurait pu l'être pour une période moindre (ordonnance de longue durée).

Vous retrouverez ci-dessous les traitements qui seront appliqués dans les systèmes de la RAMQ pour le calcul de cette contribution de même que certains codes d'intervention qui devront figurer sur les demandes de paiement lors de la transaction interactive.

Traitement informatique pour les renouvellements anticipés

Afin d'établir la contribution à percevoir pour les renouvellements anticipés, la RAMQ déterminera, à partir des informations apparaissant sur la demande de paiement (date de service et durée de traitement), la date à laquelle une ordonnance est prévue être renouvelée. Ce traitement se fera pour chaque demande de paiement transmise par le système interactif. La date ainsi établie servira à valider si une ordonnance est facturée par anticipation ou non et à déterminer le mois de la contribution à percevoir.

La date prévue de renouvellement est déterminée comme suit :

Le premier calcul qui sera appliqué s'effectuera en se référant à la date de service précédente pour un même médicament (dénomination commune, forme et teneur). On ajoutera, à cette date de service ainsi repérée, la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement de ce service pour obtenir la date prévue de renouvellement. Pour une ordonnance exécutée le 30 décembre 2002, le système recherchera une ordonnance antérieure facturée à la Régie pour le même médicament et la même personne. Par exemple, s'il trouve une ordonnance facturée en date du 4 décembre avec une durée de traitement de 30 jours, il déterminera que la date prévue de renouvellement devait être le 3 janvier 2003 (2002-12-04 + 30 jours = 2003-01-03).

Si le renouvellement est effectué le 30 décembre 2002, le système calculera une contribution à percevoir pour le mois de janvier 2003 et la validation pour le prochain renouvellement s'effectuera à partir du 3 janvier 2003. La date prévue du prochain renouvellement sera alors établie au 2 février 2003 (2003-01-03 + 30 jours = 2003-02-02).

Par contre, la date prévue de renouvellement sera la date du service si on ne retrouve pas, dans l'historique de facturation pour cette personne, une ordonnance (nouvelle ou renouvelée) pour un même médicament (dénomination commune, forme et teneur) ou dans les situations suivantes :

- Renouvellement exécuté après la date calculée pour le renouvellement;
- Renouvellement anticipé facturé avec un code d'intervention : ME, MN, MR, DO, DF, DG, DK ou DM (voir [annexe A](#))

Vous trouverez à l'annexe A, la liste des codes d'intervention justifiant un renouvellement anticipé. Des codes d'intervention sont ajoutés afin d'identifier de nouvelles situations. Veuillez noter que le code d'intervention MD « autre situation de renouvellement hâtif » ne sera plus accepté à compter du 1^{er} décembre 2002. Cependant, pour toute situation de renouvellement anticipé non prévu et n'apparaissant pas à l'annexe A, vous devrez obtenir, du Centre de support aux pharmaciens, une autorisation préalable de la Régie. Après l'obtention de cette autorisation, vous devrez transmettre votre demande de paiement avec le code d'intervention DM « autre situation de renouvellement anticipé pré-autorisée par la Régie ».

Un nouveau message d'information EJ « date prévue de renouv. : AAAA-MM-JJ » sera transmis pour tout renouvellement anticipé pour lequel une contribution est perçue pour le mois suivant.

Traitement informatique pour les ordonnances de longue durée

Pour toute ordonnance facturée dont la durée de traitement excède 31 jours, la RAMQ calculera une franchise et une contribution proportionnellement au nombre de périodes de 31 jours couvertes par la durée de traitement de cette ordonnance. Vous trouverez en annexe deux exemples de calcul de contribution. À l'[annexe B](#), l'exemple vise une ordonnance d'une durée de traitement de 90 jours dont la quantité dispensée aurait pu l'être pour 31 jours ou moins. À l'[annexe C](#), l'exemple vise une ordonnance dont la durée de traitement est de 82 jours pour un médicament dont le format est indivisible.

Un nouveau message d'information EK « ordonnance de longue durée : (XXX jours) », vous sera transmis lorsqu'il s'agit d'une ordonnance de longue durée pour laquelle plus d'une contribution est perçue. Le détail de ces contributions sera inscrit sur le reçu de la personne assurée.

Pour le calcul de la contribution exigible, la Régie limitera à 365 jours la durée maximale de traitement d'une ordonnance qui peut être inscrite sur la demande de paiement. Toute demande de paiement pour une ordonnance qui excédera cette durée sera refusée avec le message d'erreur 59 « durée de traitement en erreur ».

Au cas où les logiciels de facturation en pharmacie n'auraient pas été modifiés pour tenir compte de ces modifications législatives qui entrent en vigueur le 1^{er} décembre 2002 (voir le communiqué 085/2002-11-13) :

- les demandes de paiement pour des ordonnances de longue durée (durée de traitement supérieure à 31 jours) seront refusées avec le message d'erreur 59 « durée du traitement en erreur ». Cependant, vous pourrez soumettre ces demandes pour une période de 31 jours ou moins jusqu'à ce que votre développeur ait fait les changements requis ;
- pour les renouvellements anticipés, la RAMQ calculera la contribution exigible mais le message EJ précisant pour quel mois la contribution doit être perçue n'apparaîtra pas sur le reçu de la personne assurée, et ce, jusqu'à ce que votre développeur ait apporté les modifications requises.

Pour tout renseignement additionnel, nous vous invitons à communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens aux heures apparaissant dans l'en-tête de ce communiqué.

La RAMQ désirant informer les personnes assurées de ces changements a préparé une nouvelle brochure sur le régime public d'assurance médicaments qui couvre notamment les situations de renouvellements anticipés ou l'obtention de médicaments pour une longue durée de traitement. De plus, un papillon informatif conçu pour traiter de ces aspects pourra facilement être remis à la personne assurée qui demande de l'information additionnelle sur les modifications aux modes de calcul de la contribution qu'elle devra verser. La brochure explicative sur le régime public d'assurance médicaments et le papillon informatif vous parviendront avant le 1^{er} décembre 2002.

Note : *Ce communiqué est disponible dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>. Veuillez le conserver jusqu'à la prochaine mise à jour de votre manuel.*

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

c. c. Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Développeurs de logiciels de facturation – Pharmacie

**Liste des codes d'intervention ou d'exception
justifiant un renouvellement hâtif ou justifiant un renouvellement anticipé**

- *ME : oubli des médicaments lors d'un voyage
- *MN : changement de posologie
- *MR : vol, perte ou bris de médicament
- MV : départ en voyage avant la date de renouvellement prévue

Nouveaux codes en vigueur à compter du 1^{er} décembre 2002

- *DO : non respect de la posologie
Lorsque la personne n'a pas respecté pour différents motifs la posologie prescrite et n'a plus de médicament en sa possession : pas de perception anticipée de contribution.
- *DF : médicament facturé avec le NAM d'un parent
Dans les situations où le parent et l'enfant de moins d'un an sans NAM consomment le même médicament : pas de perception anticipée de contribution.
- *DG : même médicament (produit figurant dans le même encadré dans la liste médicament) mais facturé pour des ordonnances différentes
Lorsque des produits différents ont la même dénomination commune, forme et teneur et doivent être servis à la même personne (exemples : bâtonnets pour la glycémie, agents de désensibilisation, etc.) : pas de perception anticipée de contribution.
- DH : synchronisation des ordonnances tout en respectant la Règle 19 de l'Entente
Lorsque le pharmacien fournit une quantité supérieure à la quantité prescrite dans le but de synchroniser les visites à la pharmacie : perception anticipée de la contribution.
- DI : anticipation - pharmacie fermée à la date prévue du renouvellement
- DJ : anticipation - déplacement ou livraison impossible à la date prévue du renouvellement
- *DK : anticipation - médicament utilisé dans 2 lieux différents
Lorsqu'un second format d'un produit (exemples : Epipen, aérosol-doseurs, etc.) doit être servi avant la date prévue de renouvellement pour une utilisation dans 2 lieux différents (exemple : école et résidence) : pas de perception anticipée de contribution.
- DL : anticipation - médicament requis lors du rendez-vous médical
- *DM : autre situation de renouvellement anticipé pré-autorisée par la Régie

* L'utilisation des codes précédés d'un astérisque entraîne une modification au calcul de la date prévue pour le renouvellement; le calcul s'établira à compter de la date du service et non à partir de la date antérieurement prévue.

Exemple du calcul de la contribution pour une ordonnance de longue durée pour un médicament dont la quantité dispensée aurait pu l'être pour 31 jours ou moins

Monsieur Côté, 68 ans est assuré à la Régie. Il ne reçoit aucun Supplément de revenu garanti. Il se présente en pharmacie pour la première fois du mois au cours du mois de décembre avec une ordonnance qui couvre **90 jours de traitement** dont le coût s'élève à 150 \$.

Date de service : 2002-12-04

Période de contribution	Coût de l'ordonnance réparti par période de 31 jours	Assureur	Contribution de l'assuré			État des contributions	
		Montant payé	Franchise	Coassurance	À payer	Payées à ce jour	Résiduel avant plafond
2002 décembre	51,67 \$	30,88 \$	9,13 \$	11,66 \$	20,79 \$	20,79 \$	47,71\$
2003 janvier	51,67 \$	30,88 \$	9,13\$	11,66\$	20,79 \$	20,79 \$	47,71\$
2003 février	46,66 \$	27,25 \$	9,13 \$	10,28 \$	19,41 \$	19,41 \$	49,09 \$
Total	150,00 \$	89,01\$	Total contribution à payer		60,99 \$		
Message explicatif : ordonnance de longue durée (90 jours)							

Pour une ordonnance de longue durée, la RAMQ détermine les contributions mensuelles à percevoir en divisant la durée de traitement inscrite en périodes de 31 jours, le nombre de jours restant devenant la durée de traitement pour la dernière période ($90 \text{ jours} / 31 \text{ jours} = 2$ périodes de 31 jours et une période de 28 jours).

Le coût de l'ordonnance pour une période de 31 jours est calculé en divisant le coût total de l'ordonnance par la durée de traitement de l'ordonnance et en multipliant par 31 jours ($150 \$ / 90 \text{ jours} \times 31 \text{ jours} = 51,67 \$$).

Le coût de la dernière période est calculé en soustrayant du coût total, le coût calculé des périodes précédentes ($150 \$ - (51,67 \times 2 \text{ périodes}) = 103,34 \$$) = 46,66 \$).

La contribution (franchise et coassurance) à percevoir est calculée à partir du coût déterminé pour chaque période de 31 jours. Pour les mois de décembre et janvier, une franchise de 9,13 \$ et une coassurance de 11,66 \$ ($51,67 \$ - 9,13 \$ = 42,54 \$ \times 27,4 \% = 11,66 \$$) devront être perçues pour chaque mois.

Pour le mois de février, une franchise de 9,13 \$ et une coassurance de 10,28 \$ ($46,66 \$ - 9,13 \$ = 37,53 \$ \times 27,4 \% = 10,28 \$$) devront aussi être perçues.

Exemple de facturation pour une ordonnance de longue durée pour un médicament dont le format est indivisible

Madame Martin âgée de 70 ans est assurée à la RAMQ et elle ne reçoit aucun Supplément de revenu garanti. Elle se présente en pharmacie une première fois au cours du mois de janvier 2003 avec une ordonnance pour 2 formats de Budesonide vaporisateur nasal contenant 165 vaporisations chacun (total 330 vaporisations). La quantité dispensée permet de couvrir 82 jours de traitement à raison d'une vaporisation dans chaque narine 2 fois par jour. Le coût total s'élève à 33,13 \$.

Date de service : 2003-01-25

Période de contribution	Coût de l'ordonnance réparti par format	Assureur	Contribution de l'assuré			État des contributions	
		Montant payé	Franchise	Coassurance	À payer	Payées à ce jour	Résiduel avant plafond
2003 janvier	16,56 \$	5,40 \$	9,13 \$	2,03 \$	11,16 \$	11,16 \$	57,34 \$
2003 février	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
2003 mars	16,57 \$	5,41 \$	9,13 \$	2,03 \$	11,16 \$	11,16 \$	57,34 \$
Total	33,13 \$	10,81 \$	Total contribution à payer		22,32 \$		
Message explicatif : ordonnance de longue durée (82 jours)							

La contribution à percevoir pour une ordonnance de longue durée d'un médicament dont le format est indivisible sera calculé en tenant compte du nombre de formats dispensés et de la durée de traitement couverte par un seul format.

Afin de déterminer le **nombre de formats** à partir de la quantité réclamée, le système divise la quantité réclamée par la quantité d'un format (330 doses / 165 doses = 2 formats).

Pour déterminer la **durée d'un format**, le système divise la durée de traitement inscrite sur la demande de paiement par le nombre de formats calculé (82 jours / 2 formats = 41 jours de durée de traitement pour un format).

Le coût de l'ordonnance réparti par format est calculé comme suit : coût total de la demande de paiement divisé par le nombre de formats réclamés (33,13 \$ / 2 formats = 16,56 \$). Dans notre exemple, le coût du dernier format est ajusté pour représenter le coût total de la demande de paiement.

Pour l'exemple retenu, la RAMQ calculera deux contributions à percevoir. Une première pour le 25 janvier 2003 et une deuxième contribution qui s'appliquerait 41 jours plus tard, soit le 7 mars 2003.

Par contre, pour toute ordonnance de longue durée 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.