

Demande d'inscription d'un produit à la Liste de médicaments de l'AQPP
Request for registration of a product to the AQPP's Medication List

Section réservée à l'AQPP / Section reserved for the AQPP

Date du paiement (si applicable) / Payment date (if applicable) :

Moyen de paiement (si applicable) / Payment method (if applicable) :

PseudoDIN pour les doses de compassion (si applicable) / PseudoDIN for the compassion doses (if applicable) :

Notes AQPP / AQPP notes :

Section réservée pour la compagnie / Section reserved for the company

Nom de l'entreprise / Name of the company :

Adresse / Address :

Ville, Province / City, Province :

Code postal / Postal Code :

Abonnement à la Liste / Subscription to the List :

- ☐ **Je suis abonné à la Liste.** / I have a subscription to the List.
- ☐ **Je ne suis pas abonné à la Liste et je désire m'abonner à la Liste afin de bénéficier d'inscriptions illimitées de produits.** / I don't have a subscription to the List and wish to have one in order to benefit from unlimited registration of products.
- ☐ **Je ne suis pas abonné à la Liste et je ne désire pas m'abonner (des frais seront facturés si vous n'êtes pas abonné à la Liste).** / I don't have a subscription to the List and do not wish to have one (Fees will be charged if you do not have a subscription to the List).

Avis importants / Important Notices

- **Pour connaître nos critères d'inscription, veuillez-vous référer au document Critères pour inscription – Nouveau produit à la Liste de l'AQPP.** / To find out about our registration criteria, please refer to the document " Critères pour inscription – Nouveau produit à la Liste de l'AQPP ".
- **Si le produit n'est pas disponible pour tous les pharmacies du Québec, il n'est pas admissible.** / If the product is not available to all pharmacies in Quebec, it is not eligible.
- **Dans le cas d'un médicament dit de spécialité, vous devez remplir la section à cet effet.** / In case of a specialty drug, you have to fill out the section bellow to that effet.
- **Dans le cas d'un programme de support aux patients (PSP), vous devez remplir la section à cet effet.** / In case of a patient support program (PSP), you have to fill out the section to that effet.
- **Lorsqu'un PSP offre des doses de compassion, l'AQPP créera un pseudoDIN particulier lié aux doses de compassion. Le pseudoDIN ne comprend pas les honoraires du pharmacien.** / In the event of a PSP that offer compassion doses, the AQPP will generate a specific pseudoDIN linked to the compassion dose. The pseudoDIN does not include the pharmacist's fees.
- **En remplissant le présent formulaire, le fabricant devient responsable d'aviser l'AQPP de tout changement, particulièrement en ce qui a trait aux changements de prix.** / By completing this form, the manufacturer becomes responsible for notifying the AQPP of any changes, especially regarding price changes.
- **Dès la validation de l'information et du paiement (si applicable), nous procéderons à l'inscription ou à la modification demandée, habituellement dans les 48 à 72 heures ouvrables.** / Upon validation of the information and payment (if applicable), we will proceed with the requested registration or modification, usually within 48 to 72 business hours.
- **Lorsqu'une mise à jour de la RAMQ serait planifiée pendant cette période, le délai pourrait se prolonger de 7 à 10 jours ouvrables.** / In the event that an update of the RAMQ is planned during this period, the deadline could be extended from 7 to 10 working days.

Veillez remplir un formulaire distinct pour chaque DIN. Une fois dûment complété, retournez-le par courriel à ListeRx@aqpp.qc.ca. / Please complete a separate form for each DIN. Once duly completed, return it by email to ListeRx@aqpp.qc.ca.

Description du nouveau produit / New Product Description			
*Date de disponibilité du produit (tous formats confondus) / Date of availability of the product (all formats mixed)			
*Date de l'avis de conformité / Date of Notice of compliance			
*Nom du fabricant / Manufacturer Name			
À remplir selon le format	1 ^{er} format / 1 st Format	2 ^e format / 2 nd Format	3 ^e format / 3 rd Format
*Nom commercial du produit approuvé par Santé Canada / Brand name of product approved by Health Canada			
Indication / Indication			
*Numéro d'identification du médicament (DIN, NPN ou non applicable) / Drug identification number (DIN, NPN or not applicable)			
*Ingrédient(s) actif(s) / Active ingredient(s)			
*Concentration / Concentration			
*Forme posologique / Dosage form			
*Format(s) / Format(s) Ex.: 30 comprimés tablets / 100 mL			
*Prix coûtant par format au Québec / Cost price by size in Quebec			
*Prix coûtant unitaire du format au Québec / Unit Cost price by size in Quebec			
Code de produit du fabricant (si applicable) / Manufacturer's product code (if applicable)			
*Code universel de produit (CUP/GTIN de 12 chiffres) / Universal product code (UPC/GTIN of 12 digits)			
*Classification thérapeutique (AHFS) / Therapeutic classification (AHFS)			
*Code anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) / Anatomical therapeutic chemical Code (ATC)			
*Produit de référence canadien (si applicable) / Canadian reference product (if applicable)			
Produit biologique biosimilaire / Biosimilar biological product	☐ Oui / Yes ☐ Non / No		
*Produit réfrigéré / Refrigerated product	☐ Oui / Yes ☐ Non / No		
Si instrument médical, indiquez le numéro d'homologation / If medical device, indicate the approval number			
Si produit sans DIN et couvert par la RAMQ, indiquez le pseudoDIN de la Régie pour la facturation / If product without a DIN and covered by the RAMQ, indicate Régie's pseudoDIN			
*Méthode de distribution / Distribution method	☐ Grossistes / Wholesalers ☐ Distributeur spécialisé / Specialty distributors ☐ Vente directe / Direct		
*Si distributeur spécialisé, veuillez spécifier / If specialty distributor, please specify	☐ McKesson Specialty ☐ Innomart Strategy ☐ Bioscript ☐ Shoppers Drug Mart ☐ Non applicable / Not applicable ☐ Dex medical ☐ Autre / Other:		

Champ obligatoire */ Required Filed *

À remplir pour un médicament dit de spécialité / Fill out for a specialty drug

S'il s'agit d'un médicament de spécialité, veuillez fournir les informations suivantes. / If it is a specialty drug, please indicate the following information.

Veuillez indiquer la procédure à suivre par le pharmacien pour commander le produit / Please indicate the procedure for the pharmacist to order the product

Ouverture d'un compte requise / Account required :

Délai de traitement prévu / Expecting processing time :

Délai de livraison usuel du produit / Expected delivery time :

Formations ou exigences particulières pour le pharmacien afin de servir le médicament / Training or specific requirements for the pharmacist to dispense the medication :

Veuillez indiquer les exigences requises le cas échéant / Please indicate the requirements if applicable

Est-ce qu'un plan de gestion de risque a été présenté pour ce produit / Has a risk management plan been submitted for this product

Veuillez indiquer les détails de ce plan, le cas échéant / Please indicate the details of the plan if applicable

☐ **Je confirme que le produit faisant l'objet du présent formulaire est disponible pour toutes les pharmacies de la province de Québec et qu'il est possible de se le procurer via le(s) distributeur(s) indiqué(s) ci-haut. / I hereby confirm that the product described in this form is available for all pharmacies in the province of Quebec and that it is possible to buy it via the distributor(s) previously indicated.**

À remplir dans le cas d'un PSP / Fill out in case of a PSP

Si PSP, veuillez fournir les informations suivantes. Au besoin, le personnel de l'AQPP pourra communiquer avec le contact sous-mentionné, qui devra être en mesure de fournir les renseignements complémentaires nécessaires aux fins d'inscription du produit à la **Liste de médicaments de l'AQPP**. / If PSP, please provide the following information. If necessary, AQPP staff may contact the below-mentioned contact person, who should be able to provide additional information required for the product's registration on the AQPP's Drug List.

Nom du PSP / Name of the PSP :

Nom de la personne-ressource / Name of the contact person :

Titre professionnel / Professional title :

Numéro de téléphone / Phone number :

Courriel / Email :

Dose de compassion ou de « bridging » offerte / Dose of compassion or bridging offered :

Veuillez indiquer la procédure à suivre pour l'obtention de la dose de compassion le cas échéant / Please indicate the procedure to obtain the compassion dose, if applicable.

Aide financière disponible pour le produit / Financial aid available for the product :

Veuillez indiquer la procédure à suivre pour l'obtention de l'aide financière le cas échéant / Please indicate the procedure for obtaining financial aid, if applicable

☐ **J'atteste que je mettrai en place toutes les mesures raisonnables afin qu'un patient qui reçoit une ordonnance pour le produit mentionné au présent formulaire puisse la faire exécuter dans la pharmacie de son choix et que les modalités du PSP reflètent ce choix. Ainsi, je mettrai en place toutes les mesures raisonnables pour que le PSP n'impose aucune condition ayant pour effet de restreindre l'accès à une pharmacie souhaitant y participer ni aucune condition limitant l'accès ou/et l'offre de services afférents aux médicaments et aux fournitures gérés par ledit programme.** / I certify that I will take all reasonable measures to ensure that a patient who receives a prescription for the product described in this form can have it filled at the pharmacy of its choice, and that the terms of the PSP respects this choice. Thus, I will take all reasonable measures to ensure that the PSP imposes no conditions that restrict access for a pharmacy wishing to participate, nor any conditions that limit access and/or the provision of services related to medications and supplies managed by the program.