



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) :

PseudoDIN pour dose de compassion octroyé par l'AQPP (si applicable) :

PseudoDIN for the compassion dose granted by AQPP (if applicable):

Notes AQPP :

AQPP notes :

Section réservée pour la compagnie / Section reserved for the company

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. (Cliquez ici pour remplir le formulaire d'abonnement et le retourner à ListeRx@aqpp.qc.ca. Une facture électronique vous sera transmise.)**

I don't have a subscription to the List and wish to have one in order to benefit from unlimited registration of products. (Click here to complete the subscription form and return it to ListeRx@aqpp.qc.ca. An electronic invoice will be sent to you.)

☐ **Non-abonné(e) à la Liste et ne souhaitant pas m'y abonner (des frais seront facturés). Veuillez indiquer votre adresse de facturation ci-dessous.**

I am not subscribed to the List and do not wish to subscribe (applicable fees will be charged). Kindly enter your billing address below.

ADRESSE DE FACTURATION / BILLING ADDRESS

Nom de l'entreprise / Name of the company :

Adresse / Address :

Ville, Province / City, Province :

Code postal / Postal Code :

Adresse courriel de facturation / Billing E-mail :

Méthode de paiement / Payment method :

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 toutes 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 de spécialité, vous devez remplir la section à cet effet.**

In case of a specialty drug, you have to fill out the section below to that effect.
- Dans le cas d'un programme de soutien 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 effect.
- 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 offers 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 que l'information aura été validée, nous procéderons à l'inscription ou à la modification demandée, généralement dans un délai de 48 à 72 heures ouvrables. Une facture vous sera ensuite transmise, si applicable.**

Once the information has been validated, we will proceed with the requested registration or modification, typically within 48 to 72 business hours. An invoice will then be sent to you, if applicable.
- Lorsqu'une mise à jour de la RAMQ est 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 by 7 to 10 working days.

Description du nouveau produit / New Product Description

Veuillez 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 (si applicable) Date of Notice of compliance (if applicable)			
* Nom du fabricant / Manufacturer's Name			
À remplir selon le format <i>To be completed according to the format</i>		1^{er} format / 1st Format	2^e format / 2nd 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)			
* Teneur / Strength			
* Forme posologique. Ex. : comprimés / fiole Dosage form. Ex. : tablets, vial			
* Quantité totale par contenant Ex.: 100 comprimés par pot / 5mL par fiole Total quantity per container Ex.: 100 tablets per bottle / 5 mL per vial			
* Prix coûtant par contenant au Québec (pas par paquet). Ex.: prix par bouteille de 100 comprimés ou prix pour 1 fiole de 5 mL Cost price per container in Quebec (not per package) Ex. : price per bottle of 100 tablets, or price for 1 vial of 5 mL			
Nombre de contenants par paquet (si applicable) Ex. : boîte de 50 fioles de 5mL Number of containers per package (if applicable) Ex. : box of 50 vials of 5 mL			
Prix coûtant par paquet au Québec. Ex. : prix par boîte de 50 fioles (si applicable) / Cost price by package in Quebec Ex.: price per box of 50 vials (if applicable)			

Prix coûtant unitaire au Québec (prix par contenant si indivisible) Ex.: inscrire le prix pour une fiole de 5 mL Unit Cost price in Quebec (price per container if indivisible) Ex.: write price for the 5 mL vial			
Code de produit du fabricant (si applicable) Manufacturer's product code (if applicable)			
*Code universel de produit (CUP/GTIN de 12 chiffres) Note : 12 derniers chiffres si > 12 chiffres Universal product code (UPC/GTIN of 12 digits) Note : 12 last digits 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	<input type="checkbox"/> OUI/ YES <input type="checkbox"/> NON / NO		
*Produit réfrigéré Refrigerated product	<input type="checkbox"/> OUI/ YES <input type="checkbox"/> NON / NO		
*Si instrument médical, indiquez le numéro d'homologation If medical device, indicate the license number	<input type="checkbox"/> OUI/ YES <input type="checkbox"/> NON / NO		
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			
*Est-ce qu'une dose de compassion ou de « bridging » offerte? Is a compassion or « bridging » dose offered?	<input type="checkbox"/> OUI/ YES <input type="checkbox"/> NON / NO		
*Méthode de distribution Distribution method	<input type="checkbox"/> Grossistes /Wholesalers <input type="checkbox"/> Vente directe /Direct sale <input type="checkbox"/> Distributeur spécialisé / Specialty distributor		
*Si distributeur spécialisé, veuillez spécifier If specialty drug distributor, please specify	<input type="checkbox"/> McKesson Specialty <input type="checkbox"/> Bioscript <input type="checkbox"/> Dex Medical <input type="checkbox"/> Innomar Strategy <input type="checkbox"/> Shoppers Drug Mart <input type="checkbox"/> Autre / Other		

*Champ obligatoire * / Required Filed **



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?

Si oui, veuillez indiquer les détails de ce plan, le cas échéant :

Please indicate the details of the plan if applicable:

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

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:

☐ **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 un PSP est offert, 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 a PSP is available, 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 Medication 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	

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.