



## Demande d'autorisation de paiement Mesure du patient d'exception



Le présent formulaire est destiné aux **prescripteurs autorisés**.

Il doit être utilisé pour soumettre une demande d'autorisation de paiement pour un médicament non inscrit dans la Liste de médicaments ainsi que des médicaments d'exception prescrits pour une indication thérapeutique ne figurant pas dans l'annexe IV.

Le formulaire prévu pour le patient d'exception permet de fournir tous les renseignements nécessaires au traitement le plus rapide possible de la demande.

Rien dans le formulaire ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

**IMPORTANT :** après avoir rempli à l'écran le formulaire, imprimez-le puis expédiez-le-nous.

# À lire attentivement

RETOUR  
AU FORMULAIRE

## Étapes à suivre :

Vous devez remplir le formulaire à l'écran et l'imprimer.

Pour une première demande, remplissez toutes les sections sauf la 9.

Pour prolonger une demande déjà autorisée par la RAMQ, remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10.

Le formulaire doit nous parvenir par télécopieur ou par courrier, selon les indications paraissant dans la section « Envoi du formulaire ».

## Directives pour remplir le formulaire :

### 1- Personne assurée

Prenez soin de remplir tous les champs. Il est essentiel d'inscrire correctement le numéro d'assurance maladie de la personne assurée ou, s'il n'est pas disponible, le numéro demandé.

### 2- Prescripteur autorisé (tel que défini dans la Loi sur l'assurance médicaments, section 2.)

Remplissez tous les champs et inscrivez correctement votre numéro d'inscription à la Régie.

**3 à 9-** Prenez soin de remplir toutes les sections requises du formulaire.

### 10- Signature du prescripteur

La signature du prescripteur autorisé est obligatoire.

## Envoi du formulaire :

Quel qu'en soit l'expéditeur, le formulaire doit nous parvenir :

### • par télécopieur à l'un des numéros ci-après :

- à Québec : **418 646-5653** ou
- ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**

### • ou par courrier à l'adresse qui suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Expertise professionnelle (pharmacie)  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

En cas de besoin, vous pouvez nous joindre :

### • par téléphone :

Région de Québec :	418 643-8210
Région de Montréal :	514 873-3480
Ailleurs au Québec :	1 800 463-4776

Entrez les six premiers chiffres de votre numéro de professionnel ou d'autre dispensateur.  
Choisissez l'option 5.

**Important :** Pour une demande n'ayant jamais été autorisée par la RAMQ, remplissez toutes les sections sauf la 9.  
 Pour prolonger une demande déjà autorisée par la RAMQ, remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10.

<p><b>1- Personne assurée</b></p> <p style="text-align: center;">CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  <b>OU</b></p> <p><b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b></p> <p style="font-size: small;">Si non disponible : numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation  <b>OU</b>                  Si l'enfant a moins d'un an : numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</p>	<p><b>2- Prescripteur autorisé</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td>N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>BUREAU</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> <td colspan="2">TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">A   M   J</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>APP.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">Québec</td> </tr> </table>	NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	LOCALITÉ		PROVINCE			CODE POSTAL	TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		NOM ET PRÉNOM		Date de naissance			A   M   J	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	LOCALITÉ		PROVINCE			CODE POSTAL			TÉLÉPHONE IND. RÉG.			Québec
NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE																																			
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU																																			
LOCALITÉ		PROVINCE																																			
		CODE POSTAL																																			
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.																																				
NOM ET PRÉNOM		Date de naissance																																			
		A   M   J																																			
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.																																			
LOCALITÉ		PROVINCE																																			
		CODE POSTAL																																			
		TÉLÉPHONE IND. RÉG.																																			
		Québec																																			

**3- Médicament visé par la demande** **IMPORTANT :** Utilisez un formulaire pour **chaque** médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	Date	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT	Date
			DU	AU	Date
			A   M   J	A   M   J	A   M   J
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.				Date
					A   M   J

**4- Indication thérapeutique et objectif de traitement**

Pour un médicament en soins de confort pour une personne en phase terminale de sa maladie, complétez uniquement les sections 4, 7, 8 et 10.

A. Diagnostic et indication thérapeutique : .....

B. Objectif thérapeutique visé : .....

**5- Renseignements sur la chronicité de la condition à traiter, au sens du règlement<sup>†</sup>**

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie : Date A | M | J

Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes : .....

**6- Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement<sup>†</sup>**

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé :

(\*) Légende :

0 = aucune limitation

1 = limitation légère

2 = limitation modérée

3 = limitation grave

4 = limitation extrême

TYPE D'ACTIVITÉS	DEGRÉ DE LIMITATION *
Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)	
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)	
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)	
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)	

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de sa condition ou ses complications entraînent des répercussions sur son état en terme de morbidité ou de mortalité?

Non  Oui ▶ Si oui, précisez : .....

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## 6- Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement\* (suite)

C. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant de la condition à traiter, veuillez les décrire et en préciser leur gravité :

D. Si une échelle d'évaluation de la gravité de la condition à traiter existe ou des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (par exemple, échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

E. Une investigation en spécialité a-t-elle été effectuée? Précisez :

▶ Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, incluant un rapport d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (par exemple imagerie, score T, valeurs de laboratoire).

## 7- Renseignements servant à déterminer si le médicament faisant l'objet de cette demande constitue un dernier recours, au sens du règlement\*

A. Précisez les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter cette condition, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

B. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition ne peuvent être prescrits à cause des conditions particulières au présent cas? Dites pourquoi.

C. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a débuté, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

## 8- Autres renseignements en lien avec la situation particulière de cette personne

## 9- Renseignements cliniques (poursuite d'une autorisation ayant déjà été accordée par la RAMQ)

Précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement :

\* Il s'agit du règlement de la mesure du patient d'exception, qui est disponible sur le site de la RAMQ, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

## 10- Signature du prescripteur

Date

A | M | J

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

### Retournez le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : 418 646-5653  
ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3858

### Conservez l'original

- ou par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Expertise professionnelle (pharmacie)  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3