

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

1- Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		
			ANNÉE	MOIS	JOUR
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.		
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	
		Québec			

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

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
			ANNÉE	MOIS	JOUR	
DU			ANNÉE	MOIS	JOUR	
AU			ANNÉE	MOIS	JOUR	
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.			ANNÉE	MOIS	JOUR
La médication sera administrée: <input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé <input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement. <input type="checkbox"/> ailleurs, précisez						

4 - Justification de la demande

Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE
		ANNÉE
		MOIS
		JOUR

À L'USAGE DE LA RÉGIE

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE
ANNÉE	ANNÉE		ANNÉE
MOIS	MOIS		MOIS
JOUR	JOUR		JOUR
DU			
AU			

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
Expertise professionnelle (pharmacie) Q040
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3