

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

1- Personne assurée		2- Prescripteur autorisé				
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père		NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE		
		ADRESSE NUMÉRO		RUE	BUREAU	
		MUNICIPALITÉ		PROVINCE		CODE POSTAL
		TÉLÉPHONE IND. RÉG.		TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		
NOM ET PRÉNOM DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		ADRESSE NUMÉRO		RUE	APP.	
		MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	
		Québec		TÉLÉPHONE IND. RÉG.		

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

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT							
			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 Inscrite toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR	DATE ANNÉE MOIS JOUR
------------	---------------------------	-------------------------

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT		À L'USAGE DE LA RÉGIE		DEMANDE ÉVALUÉE PAR		DATE		
DU	ANNÉE MOIS JOUR	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE				ANNÉE	MOIS	JOUR
	AU	ANNÉE MOIS JOUR						

Retourner le présent formulaire

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