

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Médicament d'exception

<b>1- Personne assurée</b>		<b>2- Prescripteur autorisé</b>				
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>		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 si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père		NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		
				ANNÉE	MOIS	JOUR
		ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.		
		MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	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							
			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** Inscire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR	DATE
		ANNÉE
		MOIS
		JOUR

<b>DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT</b>		<b>À L'USAGE DE LA RÉGIE</b>		<b>DEMANDE ÉVALUÉE PAR</b>		<b>DATE</b>		
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE		ANNÉE	MOIS	JOUR
					<b>Retourner le présent formulaire</b>			
					• par télécopieur à Québec : <b>418 646-5653</b> ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 866 312-3858</b> (conserver l'original) • par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3			