

Consignes pour remplir le formulaire *Demande d'autorisation préalable pour l'obtention de services médicaux hors du Québec*

Articles 23.1 et 23.2 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chap. A-29, r. 5)
et article 15 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation (RLRQ, chap. A-28, r. 1)

Toutes les sections du formulaire doivent être remplies de façon lisible. Il doit être signé par deux médecins demandeurs possédant une expertise liée à la maladie de la personne assurée pour laquelle l'autorisation est demandée.

Nous examinerons ce formulaire et tous les documents qui l'accompagnent. D'autres informations pourraient être requises pour traiter la demande d'autorisation. Afin d'accélérer le traitement de cette demande, la personne assurée est invitée à remplir la section 8 : « Consentement à l'accès aux informations médicales ».

Rappel des conditions prévues aux lois et règlements applicables

L'autorisation préalable peut être accordée uniquement si l'intervention ou le traitement **hors du Québec, mais au Canada**, répond aux critères suivants :

1. il est effectué dans un centre hospitalier ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier situé hors du Québec, selon le cas;
2. il n'est pas de nature expérimentale (au stade de la recherche ou de l'étude clinique);
3. il est médicalement requis et adapté à l'état de la personne assurée;
4. son efficacité thérapeutique est bien établie et reconnue par la communauté médicale;
5. aucun service spécialisé permettant d'obtenir des résultats thérapeutiques ou diagnostiques adéquats pour la condition médicale de la personne assurée n'est disponible au Québec.

L'autorisation préalable peut être accordée **hors du Canada** si toutes les conditions ci-dessus sont respectées et **si aucun service spécialisé n'est disponible au Canada**. Afin de s'assurer que toutes ces conditions sont remplies, il est primordial de remplir adéquatement la section 5 de ce formulaire.

Médicaments hors du Québec

Une demande présentée dans le seul but de permettre à une personne assurée de recevoir un médicament non disponible au Québec ne peut pas être autorisée.

Portée de l'autorisation

L'autorisation accordée n'inclut pas le suivi du patient après l'intervention ou le traitement hors du Québec autorisé, à moins qu'un tel suivi n'ait lui-même fait l'objet d'une autorisation.

Ainsi, il est important de décrire, dans ce formulaire, tout service requis hors du Québec après l'intervention ou le traitement, en plus de justifier pourquoi il ne peut pas être effectué au Québec.

Nous vous rappelons que, conformément à [l'article 74 de la Loi sur l'assurance maladie](#), toute personne qui aide ou encourage une autre personne à obtenir ou à recevoir des services de façon abusive ou injustifiée s'expose à des sanctions pénales.

Services au Canada

Lorsque des soins sont requis dans un établissement hospitalier situé dans une autre province canadienne assujettie à l'entente interprovinciale en assurance santé, les **services hospitaliers** sont payés en vertu de cette entente. Dans ce cas, l'autorisation de la Régie est requise seulement pour le remboursement du coût des **services professionnels** excédant le montant établi par la Régie pour de tels services payés au Québec.

Transmission du formulaire

Veuillez poster l'original de ce formulaire rempli et signé par deux médecins demandeurs à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour accélérer l'étude de votre demande, vous pouvez transmettre au préalable une copie du formulaire rempli, par télécopieur, au 418 646-3492.

Demande d'autorisation préalable pour l'obtention de services médicaux hors du Québec

1. Renseignements sur la personne assurée

Nom		Numéro d'assurance maladie	
Prénom		Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	
Nom de famille du représentant légal (le cas échéant)		Prénom du représentant légal (le cas échéant)	
		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

2. Renseignements sur les médecins demandeurs du Québec

Médecin demandeur			
Nom		Prénom	
Spécialité		Numéro de pratique	
Établissement (nom de l'hôpital ou de la clinique)			
Adresse			
Numéro	Rue	Ville	Code postal
Téléphone		Poste	Adresse courriel
Médecin demandeur			
Nom		Prénom	
Spécialité		Numéro de pratique	
Établissement (nom de l'hôpital ou de la clinique)			
Adresse			
Numéro	Rue	Ville	Code postal
Téléphone		Poste	Adresse courriel

3. Médecin et établissement recommandés hors du Québec

Nom du médecin		Prénom du médecin		Spécialité	
Nom de l'établissement hors du Québec					
Adresse					
Numéro	Rue	Ville			
État/Province			Pays		Code postal
Téléphone		Poste	Télécopieur		Adresse courriel

4. Résumé du dossier médical

Diagnostic clinique

Veillez préciser les informations suivantes :

- antécédents médicaux pertinents de la personne assurée;
- nature et durée des interventions ou des traitements rendus au Québec.

Votre patient a-t-il déjà eu une consultation dans un centre hospitalier tertiaire ou un centre spécialisé ayant une expertise liée à sa condition au Québec? Si oui, précisez l'endroit, le spécialiste rencontré, les conclusions et les propositions d'interventions proposées.

5. Plan de traitement

Précisez la nature de l'intervention demandée et la façon dont elle s'intègre dans le plan de traitement de votre patient.

5. Plan de traitement (suite)

Existe-t-il au Québec une intervention ou un traitement spécialisé permettant d'obtenir des résultats thérapeutiques ou diagnostiques adéquats pour la condition médicale de la personne assurée?

Oui Non Si oui, précisez l'intervention ou le traitement spécialisé et l'établissement concerné :

Existe-t-il au Canada une intervention ou un traitement spécialisé permettant d'obtenir des résultats thérapeutiques ou diagnostiques adéquats pour la condition médicale de la personne assurée?

Oui Non Si oui, précisez l'intervention ou le traitement spécialisé et l'établissement concerné :

L'intervention ou le traitement faisant l'objet de la présente demande est-il expérimental?

Oui Non

L'efficacité thérapeutique de l'intervention ou du traitement faisant l'objet de la présente demande est-elle bien établie et reconnue par la communauté médicale pour la condition médicale de la personne assurée?

Oui Non

Expliquez pourquoi l'intervention ou le traitement faisant l'objet de la présente demande ne peut pas être effectué au Québec ou au Canada, le cas échéant.

Comment avez-vous vérifié la non-disponibilité au Québec ou au Canada d'une intervention ou d'un traitement indiqué pour la condition médicale de la personne assurée?

6. Soins de suivi

Nommez le médecin qui assurera le suivi de la personne assurée à son retour au Québec, de même que l'établissement où sera effectué le suivi.

Nom du médecin du Québec

Prénom du médecin du Québec

Établissement

Dans le cas où le suivi doit être effectué hors du Québec, veuillez inclure ces services à la section 5 de ce formulaire.

7. Signatures

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts.

Signature du médecin demandeur

Prénom et nom du médecin en lettres majuscules

Date

ANNÉE MOIS JOUR

X

Signature du médecin demandeur

Prénom et nom du médecin en lettres majuscules

Date

ANNÉE MOIS JOUR

X

8. Consentement à l'accès aux informations médicales (facultatif)

Si la personne assurée a 14 ans ou plus, elle doit elle-même signer ce formulaire. Si le présent consentement est signé pour le compte d'une personne assurée de plus de 14 ans, un document doit être joint afin de démontrer que le signataire est légalement autorisé à être représentant légal de la personne assurée (procuration, mandat en cas d'inaptitude, jugement de tutelle ou de curatelle, etc.).

En signant ce formulaire, la personne assurée autorise la Régie à recueillir les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande d'autorisation auprès des professionnels de la santé et des établissements de santé qui lui ont fourni des services au cours des cinq dernières années ou qui lui fourniront des services à compter de la présente demande d'autorisation. À cette fin, elle renonce à la confidentialité et au secret professionnel à l'égard de ces renseignements.

Cette autorisation est valide jusqu'à l'épuisement des recours prévus à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) relativement à la présente demande d'autorisation.

Nom		Prénom		
Numéro d'assurance maladie		Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR		
Nom de famille du représentant légal (le cas échéant)		Prénom du représentant légal (le cas échéant)		
Signature de la personne assurée de 14 ans ou plus ou du représentant légal		Date ANNÉE MOIS JOUR		

X