

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT (HORS QUÉBEC)

Médicament d'exception

1- Personne assurée

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE
NUMÉRO | RUE | BUREAU

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE
IND. RÉG.

TÉLÉCOPIEUR
IND. RÉG.

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE | MOIS | JOUR

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

ADRESSE
NUMÉRO | RUE | APP.

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

IND. RÉG.

3- Médicament visé par la demande

IMPORTANT : Utiliser un formulaire pour chaque médicament.

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

4- Justification de la demande

Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

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

Pour nous transmettre ce formulaire :

1- Sauvegardez votre formulaire rempli sur votre poste de travail.

2- Transmettez votre formulaire en utilisant notre [page de dépôt sécurisé](#).