

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 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	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 Inscire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

[Large empty box for justification of the request]

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		ANNÉE MOIS JOUR		

[Empty box for additional information]

Les signatures manuscrites ou électroniques sont acceptées.
Aucun document photographié, télécopié ou non conforme ne sera accepté.

Envoyez le formulaire à l'adresse suivante :
www.ramq.gouv.qc.ca/hors-qc-pme