

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT (HORS QUÉBEC)

Médicament d'exception

1- Personne assurée

2- Prescripteur autorisé

<p>CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE</p> <p>OU</p> <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</p> <p>OU</p> <p>si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</p>		NOM ET PRÉNOM	
		<p>ADRESSE NUMÉRO RUE BUREAU</p>	
		<p>MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL</p>	
		<p>TÉLÉPHONE IND. RÉG. TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</p>	
<p>NOM ET PRÉNOM</p>		<p>DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR</p>	
<p>ADRESSE NUMÉRO RUE APP.</p>		<p>MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL TÉLÉPHONE IND. RÉG.</p>	
<p>Québec</p>			

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.						
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

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		QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE ANNÉE MOIS JOUR
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU		

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](#).