

## **DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**

## Acamprosate (Campral<sup>MC</sup>) — Maintien de l'abstinence chez une personne souffrant de dépendance à l'alcool

1 - Personne assurée		2 - Prescri	pteur							
		NOM ET PRÉNC	M				Nº D'INSCRIPT	ION À LA RÉGIE		
		ADRESSE								
		NUMÉRO	RUE					BUREAU		
		MUNICIPALITÉ			PR	PROVINCE		DDE POSTAL		
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NUMÉRO DU TÉLÉ IND. RÉG. IND. RÉG.				ÉCOPIEUR				
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSU	IDANCE MALADIE									
OU	MANCE WALADIE									
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM						DATE DE NAISS ANNÉE	SANCE MOIS JOUR		
11	ADDECCE									
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 CO			E CODE POSTAL						
			QUÉBE	EC		IND. RÉG.		ı , , , <b> </b>		
3 - Médicament visé par la demande			1							
NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMA	CEUTIQUE TENEU	R	POSOLOGIE				1		
ACAMPROSATE										
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT  ANNÉE MOIS JOUR  AU INDÉTERMINÉE OU SI la personne assurée est hospitalisée, ANNÉE MOIS JOUR indiquez la date prévue de son congé.										
Type de demande  Demande initiale  Complétez les sections 4- 6- 7	Demande de poursu Complétez les sections		ment							
4 - Renseignements cliniques - Dem	nande initiale									
Cochez tous les renseignements rel	atifs à la personne co	oncernée								
Maintien de l'abstinence à l'alco	ol depuis <b>au moins cir</b>	nq jours								
Participation à un programme de	prise en charge com	plet axé sur	l'abstine	ence à l'alcool						
Autre. Précisez :										
5 - Renseignements cliniques - Pou	rsuite du traitement									
Renseignements nécessaires pour év		aitement								
Maintien de l'abstinence à l'alco	•									
Au moins une <b>rechute</b> depuis que	-						ANNÉE	MOIS JOUR		
			Dat	te de début du trai	tement					
Autre. Précisez :				to do dobut du tiai	COLLIGIA					

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie de la personne assurée	Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie		nents requis aux fins de traçabilité.								
Acamprosate (Campral <sup>MC</sup> ) — Maintien de l'abstinence chez une personne souffrant de dépendance à l'alcool (suite)											
6 - Renseignements complémenta	ires (facultatifs)										
Assurez-vous que toutes les sections r 7 - Signature du prescripteur auto	<u> </u>	t été dûment complét	ées et que celui-ci est signé avant d	le le retourner.							
Je certifie que les renseignements fournis dans			Retourner le présent formulaire								
de der tille que les renseignements lournes dans	DA		• par télécopieur à Québec :	418 646-5653							
		ANNÉE MOIS JOUR	ailleurs au Québec, sans frais :	1 866 312-3858							
Le présent formulaire respecte la libert	té du médecin de prescri	re le médicament vis	• par courrier : Régie de l'assuran Case postale 6600 Québec (Québec)	)							
par la demande ainsi que celle du phar l'obtention de renseignements relatifs a			e Quebec (Quebec)	GIN / IS							