

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Codéine (phosphate de), Sirop – Traitement de la douleur

### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

### 2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU 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	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT		FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
CODÉINE (PHOSPHATE DE), SIROP				
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT				
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE
				OU
		ANNÉE	MOIS	JOUR
		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.		

### 4 - Renseignements cliniques

**Indication thérapeutique**

Pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés<sup>1</sup>

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Type de douleur**

Précisez : \_\_\_\_\_

**Raison empêchant la prise de comprimés**

Précisez : \_\_\_\_\_

1 : Les diagnostics ou les justifications tels que la toux ne satisfont pas aux indications de paiement.

### 5 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

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

### 6 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE ANNÉE MOIS JOUR

#### Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**
- ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Case postale 6600  
 Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.