

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Propranolol (chlorhydrate de) (Hémangioli^{MC})
- Hémangiomes infantiles prolifératifs

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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

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

4 - Renseignements cliniques

Indication thérapeutique

Hémangiome infantile prolifératif nécessitant un traitement systémique

Autre. Précisez : _____

Justification du traitement systémique

Hémangiome entraînant un risque vital ou fonctionnel

Hémangiome ulcéré douloureux ou ne répondant pas à des soins de plaies simples

Hémangiome associé à un risque de cicatrice permanente ou de défiguration

Autre. Précisez : _____

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.