Imprimer Effacer

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Lévofloxacine, Sol. pour Inh. (Quinsair[MC]) – Fibrose Kystique

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

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 | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (IND. RÉG.)

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.)

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
LÉVOFLOXACINE, Sol. pour Inh.			

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU (ANNÉE MOIS JOUR) AU ☐ INDÉTERMINÉE OU (ANNÉE MOIS JOUR)

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. (ANNÉE MOIS JOUR)

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

☐ Fibrose kystique

- ☐ Infection chronique par le *Pseudomonas aeruginosa*
- ☐ Autre. Précisez : _____

☐ Autre. Précisez : _____

Résumé de l'essai antérieur d'aztréonam

☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre

Précisez : _____

du _____

au _____

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)

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.

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