

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

AbobotulinumtoxinA (Dysport Therapeutic^{MC}) — Conditions graves de spasticité

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 _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ABOBOTULINUMTOXINA	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
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

Diagnostic

Dystonie cervicale

Autre forme grave de **spasticité**. Précisez : _____

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.