

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Buprénorphine (chlorhydrate de) (Probuphine<sup>MC</sup>) — Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

#### 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.		

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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 <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT BUPRÉNORPHINE (CHLORHYDRATE DE)	FORME PHARMACEUTIQUE Trousse (implants)	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**

Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez l'adulte

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé de la prise de buprénorphine sublinguale**

État clinique stabilisé par une dose ≤ 8 mg/jour

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.