

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

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

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

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

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT BUPRÉNORPHINE	FORME PHARMACEUTIQUE Sol.Inj.S.C. (seringue)	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. ANNÉE      MOIS      JOUR

#### 4 - Renseignements cliniques

<b>Indication thérapeutique</b> <input type="checkbox"/> Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez l'adulte <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<b>Résumé de la prise de buprénorphine</b> <input type="checkbox"/> État clinique stabilisé par un traitement à base de buprénorphine administrée par voie sublinguale <input type="checkbox"/> 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
--	-----------------------------------

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