

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle^{MC}) — Diabète

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 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.	
		QUÉBEC			

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT Réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle ^{MC})		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

Mesure de la glycémie chez une personne diabétique ayant une déficience visuelle

Autre. Précisez : _____

Déficience visuelle

Cette personne est de façon permanente incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier ou d'effectuer des activités liées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

Oui

Non. Précisez : _____

Utilisation des réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (Oracle^{MC})

Nouvelle utilisation

Poursuite de l'utilisation. Date de début d'utilisation ► ANNÉE MOIS JOUR

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.