

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Cyclosporine (Verkazia^{MC}) — Kératoconjonctivite vernale grave

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 CYCLOSPORINE	FORME PHARMACEUTIQUE Sol. Opthalmique	TENEUR 0,1%	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

Diagnostic

Pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave

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.