

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Formule nutritive – insuffisance rénale (enfant) (Renastart<sup>MC</sup>)

### 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
	<b>QUÉBEC</b>	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>RENASTART<sup>MC</sup></b>	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.
	ANNÉE    MOIS    JOUR		ANNÉE    MOIS    JOUR

### 4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic ou contexte clinique**

Alimentation entérale ou orale chez un **enfant** atteint d'insuffisance rénale

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  
 C. P. 6600, succ. Terminus  
 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.**