

DEMANDE D'EXEMPTION DU PRIX MAXIMUM PAYABLE (PMP) Nexium^{MC} (Esomeprazole), Prevacid FasTab^{MC} (Lansoprazole)

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

**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

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.	

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

3 - Médicament visé par la demande

☐ NEXIUM^{MC} (esomeprazole) ☐ PREVACID FASTAB^{MC} (lansoprazole)

FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
----------------------	--------	-----------

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU ☐ INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

☐ Dysphagie grave qui entraîne une incapacité à avaler le médicament s'il n'est pas dissous.
Précisez la cause : _____

☐ Sonde nasogastrique

☐ Sonde gastrojéjunale

☐ temporaire

☐ permanente

☐ 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