

Demande d'autorisation de paiement Mesure du patient d'exception



Le présent formulaire est destiné aux **prescripteurs autorisés**.

Il doit être utilisé pour soumettre une demande d'autorisation de paiement pour un médicament non inscrit dans la Liste de médicaments ainsi que des médicaments d'exception prescrits pour une indication thérapeutique ne figurant pas dans l'annexe IX.

Le formulaire prévu pour le patient d'exception permet de fournir tous les renseignements nécessaires au traitement le plus rapide possible de la demande.

Rien dans le formulaire ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

IMPORTANT : après avoir imprimé le formulaire, remplissez-le puis expédiez-le-nous.

À lire attentivement

RETOUR
AU FORMULAIRE

Étapes à suivre :

Vous devez imprimer le formulaire et le remplir à la main, en lettres majuscules.

Pour une première demande, remplissez les sections 1, 2, 3 et 4.

Pour une demande de renouvellement, remplissez les sections 1, 2, 3 et 5.

Le formulaire doit nous parvenir par télécopieur ou par courrier, selon les indications paraissant dans la section « Envoi du formulaire ».

Directives pour remplir le formulaire :

1- Personne assurée

Prenez soin de remplir tous les champs. Il est essentiel d'inscrire correctement le numéro d'assurance maladie de la personne assurée ou, s'il n'est pas disponible, le numéro demandé.

2- Prescripteur autorisé (tel que défini dans la Loi sur l'assurance médicaments, section 2.)

Remplissez tous les champs et inscrivez correctement votre numéro d'inscription à la Régie.

3- Médicament visé par la demande

Prenez soin de remplir tous les champs.

4- Justification de la demande

Remplissez seulement s'il s'agit d'une première demande d'autorisation pour le médicament prescrit.

5- Demande de renouvellement

Remplissez seulement dans le cas d'une demande de renouvellement.

6- Signature du prescripteur

La signature du prescripteur autorisé est obligatoire.

Envoi du formulaire :

Quel qu'en soit l'expéditeur, le formulaire doit nous parvenir :

• par télécopieur à l'un des numéros ci-après :

- à Québec : 418 646-5653 ou
- ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3858

• ou par courrier à l'adresse qui suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'expertise pharmaceutique
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

En cas de besoin, vous pouvez nous joindre avec l'aide du système Info Prof :

• par téléphone :

Région de Québec : 418 528-7763
Montréal et ailleurs au Québec : 1 800 463-7763
Entrez les sept chiffres de votre numéro de professionnel ou d'autre dispensateur.
Composez le code 4100.

Important : Pour une première demande, remplir les sections 1, 2, 3 et 4.
 Pour une demande de renouvellement remplir les sections 1, 2, 3 et 5.

<p>1- Personne assurée</p> <p>CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU</p> <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si l'enfant a moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</p>	<p>2- Prescripteur autorisé</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td>N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>BUREAU</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VILLE</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> <td colspan="2">TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td colspan="2">Date de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">M</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td colspan="2">APP.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VILLE</td> <td>PROVINCE</td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Québec</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> <td></td> </tr> </table>	NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	VILLE		PROVINCE			CODE POSTAL	TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		NOM ET PRÉNOM		Date de naissance				A	M			J		ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.		VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL			Québec				TÉLÉPHONE IND. RÉG.	
NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE																																										
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU																																										
VILLE		PROVINCE																																										
		CODE POSTAL																																										
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.																																											
NOM ET PRÉNOM		Date de naissance																																										
		A	M																																									
		J																																										
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.																																										
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL																																									
		Québec																																										
		TÉLÉPHONE IND. RÉG.																																										

3- Médicament visé par la demande **IMPORTANT :** Utilisez un formulaire pour chaque médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	Date	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT	Date
			DU	A	M
				J	A
				M	J
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.			Date	
				A	M
				J	

4- Justification de la demande **Remplissez seulement s'il s'agit d'une première demande d'autorisation pour le médicament prescrit.**

A Diagnostic : Début des symptômes Date

A M J

B Justification :

S'il s'agit d'une demande pour le traitement d'une infection aiguë ou pour des soins palliatifs pour une maladie en phase terminale, passez aux points F et suivants.

C Précisez la gravité de la condition selon une classification reconnue, s'il y a lieu, ou en décrivant l'intensité et la fréquence des symptômes (si le traitement demandé est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début du traitement) :

.....

D Cette condition a-t-elle des répercussions fonctionnelles physiques ou psychologiques sur les activités habituelles de cette personne?

Non Oui Si oui, remplissez le tableau suivant (si le traitement demandé est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début du traitement) ;

<p>Légende :</p> <p>(*) 0 = aucune limitation 1 = limitation légère 2 = limitation modérée 3 = limitation grave 4 = limitation extrême</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;">TYPE D'ACTIVITÉS</th> <th style="width:20%;">DEGRÉ DE LIMITATION *</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>activités physiques (marcher, monter les escaliers, soulever un objet ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TYPE D'ACTIVITÉS	DEGRÉ DE LIMITATION *	activités physiques (marcher, monter les escaliers, soulever un objet ou autre)		activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)		activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)		activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)	
TYPE D'ACTIVITÉS	DEGRÉ DE LIMITATION *										
activités physiques (marcher, monter les escaliers, soulever un objet ou autre)											
activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)											
activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)											
activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)											

verso

