

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))	
Nom		Prénom		Nom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	
N°	Rue	N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Ville			Province		
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)			
Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.					

2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité		N° de permis	
N°	Rue	N° de bureau		Ville			
Province		Code postal		N° de téléphone		Courriel	

3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

IMPORTANT : Utilisez un formulaire pour **chaque** médicament.

Nom du médicament		Forme pharmaceutique	Teneur	Durée prévue du traitement (du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ)	
Posologie			Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).		

Si le médicament demandé est visé par la codification des médicaments d'exception, inscrivez le code ici :

Dans le cas d'un renouvellement pour un médicament codifié nécessitant une justification, remplissez la section 4.

4. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

A. Diagnostic et indication thérapeutique

B. Objectif thérapeutique visé

5. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à sel.ccq.org (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : 514 341-4451
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8