

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		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 ?	
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		<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).		

4. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

A. Diagnostic et indication thérapeutique

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

Une copie de la prescription médicale, incluant le code d'autorisation, est acceptée. Si le médicament demandé ne répond pas aux indications de paiement relatifs aux codes de médicaments d'exception, utilisez le formulaire MC0001 - Mesure du patient d'exception.

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