



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 IV.

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 rempli à l'écran le formulaire, imprimez-le puis expédiez-le-nous.

À lire attentivement

RETOUR
AU FORMULAIRE

Étapes à suivre :

Vous devez remplir le formulaire à l'écran et l'imprimer.

Pour une première demande, remplissez toutes les sections sauf la 9.

Pour prolonger une demande déjà autorisée par la RAMQ, remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10.

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 à 9- Prenez soin de remplir toutes les sections requises du formulaire.

10- 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
Expertise professionnelle (pharmacie)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

En cas de besoin, vous pouvez nous joindre :

• par téléphone :

| | |
|----------------------|----------------|
| Région de Québec : | 418 643-8210 |
| Région de Montréal : | 514 873-3480 |
| Ailleurs au Québec : | 1 800 463-4776 |

Entrez les six premiers chiffres de votre numéro de professionnel ou d'autre dispensateur.
Choisissez l'option 5.

Important : Pour une demande n'ayant jamais été autorisée par la RAMQ, remplissez toutes les sections sauf la 9.
 Pour prolonger une demande déjà autorisée par la RAMQ, remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--|-----------------------------|----------------|-----|--------|----------|--|----------|--|--|-------------|---------------------|-----------------------|--|---------------|--|-------------------|--|--|-----------|----------------|-----|------|----------|--|----------|--|--|-------------|--|--|---------------------|--|--|-----------|
| <p>1- Personne assurée</p> <p style="text-align: center;">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">LOCALITÉ</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>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">A M J</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>APP.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">A M J</td> </tr> </table> | NOM ET PRÉNOM | | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE | ADRESSE NUMÉRO | RUE | BUREAU | LOCALITÉ | | PROVINCE | | | CODE POSTAL | TÉLÉPHONE IND. RÉG. | TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. | | NOM ET PRÉNOM | | Date de naissance | | | A M J | ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP. | LOCALITÉ | | PROVINCE | | | CODE POSTAL | | | TÉLÉPHONE IND. RÉG. | | | A M J |
| NOM ET PRÉNOM | | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRESSE NUMÉRO | RUE | BUREAU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALITÉ | | PROVINCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CODE POSTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉLÉPHONE IND. RÉG. | TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM ET PRÉNOM | | Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A M J | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALITÉ | | PROVINCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CODE POSTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | TÉLÉPHONE IND. RÉG. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A M J | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | AU | Date |
| | | | A M J | 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- Indication thérapeutique et objectif de traitement

Pour un médicament en soins de confort pour une personne en phase terminale de sa maladie, complétez uniquement les sections 4, 7, 8 et 10.

A. Diagnostic et indication thérapeutique :

B. Objectif thérapeutique visé :

5- Renseignements sur la chronicité de la condition à traiter, au sens du règlement[†]

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie : Date A | M | J

Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes :

6- Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement[†]

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé :

(*) Légende :

0 = aucune limitation

1 = limitation légère

2 = limitation modérée

3 = limitation grave

4 = limitation extrême

| TYPE D'ACTIVITÉS | DEGRÉ DE LIMITATION * |
|--|-----------------------|
| Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'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) | |

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de sa condition ou ses complications entraînent des répercussions sur son état en terme de morbidité ou de mortalité?

Non Oui ▶ Si oui, précisez :

