# **DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**

### Médicament d'exception



and provided in a train of the conjugation of the c			2- Pre	scri	pteur au	torisé ]					-
			NOM ET I	PRÉN	OM				Nº D'INSC	RIPTION À LA	RÉGIE
									1 1	1 1	
			ADRESSI	Ē.	l eur					BUREA	i.
			NUMÉRO		RUE					BUREA	J
			MUNICIPA	ALITÉ			PRO	VINCE		CODE POS	TAL
			TÉLÉPHO IND. RÉG.	ONE			TÉLÉCO IND. RÉG		Ada as described in the second second		· weartailinen
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSU OU	JRANCE MALADIE								A EMPLOYOR - THE PARTY OF THE P	ny mpanja ya manda wali ngigilika islahiria	****
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM								DATE DE N ANNÉE	AISSANCE MOIS	JOUI
on disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire	ADRESSE NUMÉRO RUE								llL	APP.	
sur le carnet de réclamation	MUNICIPALITÉ	mandati mana ini dia manifesta di Angel			PROVINC	E CODE POSTAL	T	NUMÉRO	DE TÉLÉPH	ONE	
nfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	MONONALILE				Québe			IND. RÉG.			
Médicament visé par la demande	IMPORTANT: Util	iser <b>un</b> 1	formulaire p	our	chaque mé	dicament.					
DM DU MÉDICAMENT			IACEUTIQUE			ANNÉE		ÉVUE DU	TRAITEMEN ANNÉE	MOIS	JOL
99101228 Aquacel Extra AG	+ 1	0 x 10	cm			DU	1-1-	AU			
SOLOGIE						ersonne assurée ez la date prévu			ANNÉE	MOIS	JOU
Pour le traitement des personne O Brulures graves O Plaie chronique grave avec culture bactérienne sur for augmenté, un tissu de grar accentuée, une douleur acc	c colonisation c ad de plaie débr aulation friable,	ritique idée; e une s	e par au i et qui pré tagnation	moi ésen	ns un age te les sig ns le pro	ent pathogène, nes cliniques s cessus de cicat	uivants: risation,	un exs	udat		
AGNOSTIC			SIGNATU	RE I	OU PRESCE	RIPTEUR AUTORIS	É		DATE ANNÉE	MOIS	Jo
AGNOSTIC		À	L'USAGE I	DE L	A RÉGIE			and the state of t	ANNÉE	MOIS	700
AGNOSTIC  URÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT  ANNÉE MOIS JOUR AN	inée mois jo	À QU	L'USAGE I	DE L	A RÉGIE	RIPTEUR AUTORIS DEMANDE ÉVALUÉE				MOIS	JO

### Médicament d'exception

Quebec min		mgunamgm	a evechuou			
Personne essurée						
	No.	NOM ET PRÉNOM		Nº D'INSCRII	TION À LA	RÉGIE
		ADRESSE			DUDE	AII
	950	NUMÉRO RUE			BURE/	w
	2	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE PO	STAL.
		TÉLÉPHONE ND. RÉG.		LÉCOPIEUR RÉG.		
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSU	URANCE MALADIE					
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAIS ANNÉE	SANCE Mois	JOU
non disponible: Huméro d'assurance maladie temporaire	ADRESSE NUMÉRO RUE			A	PP.	
sur le carnet de réclamation U enfant de moins d'un an; Huméro d'assurance matadle de la mêro ou du pêro	MUNICIPALITÉ	PROVINCE Québec	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHON IND. RÉG.	Ē	
	IMPORTANT: Utiliser un fo	rmulaire pour <b>chaque</b> médica	ament.			
m du médicament 99101229 Aquacel Extra		ceutique teneur 5 cm du	ANNÉE MOIS	PRÉVUE DU TRAITEMENT JOUR ANNÉE AU	MOIS	101
DSOLOGIE			conne assurée est ho la date prévue de so		Mois	Ton
a médication à domicile, au CLS ora administrée: ou au cabinet privé	public, privé conve	D, centre d'hébergement ntionné, y compris aux mes d'un établissement.	ailleurs, précisez	epions français quadra dissolutiva de la constantiva del constantiva de la constanti	occouractors or	200400045
Manufaction de la demande Inscr	W. S. L. S.	nente permettant d'évalue	r la demande			
Pour le traitement des personnes s O Brulures graves O Plaie chronique grave avec culture bactérienne sur fond daugmenté, un tissu de granula accentuée, une douleur accen	olonisation critique par de plaie débridée; et qu ation friable, une stagn	ui présente les signes cli ation dans le processus	iniques suivants: u de cicatrisation, u	n exsudat		
						2
AGNOSTIC	S	SIGNATURE DU PRESCRIPTE	EUR AUTORISÉ	DATE ANNÉE	MOIS	JOU
		USAGE DE LA RÉGIE				
IRÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT ANNÉE MOIS JOUR ANNÉ		TITÉ MAXIMALE PAYABLE DEMA	ANDE ÉVALUÉE PAR	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR

Retourner le présent formulaire

· par télécopieur à Québec : ailleurs au Québec, sans trais: 1 866 312-3558

418 846-5653

par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
 Expertise professionnelle (pharmacie) Cl040

Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3

AU

#### DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Médicament d'exception

		BIOD C	ET DOÉNOS				Nº D'INSCRIE	TIONE L .	pén
		MOM	ET PRÉNOM				Nº DINSCRIP	TIONAU	HEG
		ADRE NUMÉR		I	26.1			BURE	AU
		MUNIC	CIPALITÉ			PROVINCE	(	CODE PO	STAL
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSU	Danior Mai Abir	TÉLÉI IND. RÉ	PHONE G.			TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.			
OU	HANCE WALADIE								
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM						DATE DE NAIS ANNÉE	SANCE MOIS	JO
	ADRESSE								
on disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation	NUMÉRO RUE						1000	PP.	
f nfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	MUNICIPALITÉ			ROVINCE Québec	CODE POSTAL	NUMÉRO IND. RÉG.	DE TÉLÉPHONI	E	
Médicament vise par la demande	IMPORTANT: Utilis	er <b>un</b> formulair	e pour chac	ue médica	ment.	A			
M DU MÉDICAMENT	THE PARTY OF THE P	PHARMACEUTIQU	Contract of the last			DURÉE PRÉVUE DU	TRAITEMENT ANNÉE	MOIS	JO
99101230 Aquacel Extra	a AG+ 2	20 x30 cm	1	DU	ANNÉE	MOIS JOUR		MOIS	30
SOLOGIE						est hospitalisée, de son congé.	ANNÉE	MOIS	JO
Pour le traitement des personnes O Brulures graves	colonisation crit	ioue par au	moins ur	acent re	athopène do	comentée par			
O Plaie chronique grave avec culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur acce	l de plaie débrid dation friable, u	ée; et qui pr ne stagnatio	résente le m dans le	s signes o	cliniques suiv es de cicatris	ants: un exsue ation, une ode	lat		
culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur accentuée	l de plaie débrid dation friable, u	ée; et qui pr ne stagnation lammation	résente le en dans le de moins	s signes of processor de 2cm of	cliniques suivas de cicatris de la bordure	ants: un exsue ation, une ode	lat ur DATE		
culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur acce	l de plaie débrid dation friable, u	ée; et qui pr ne stagnation lammation	résente le en dans le de moins	s signes of processor de 2cm of	cliniques suiv es de cicatris	ants: un exsue ation, une ode	lat or	Mois	JOU
culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur accentuée, une douleur accentuée	l de plaie débrid dation friable, u	ée; et qui prine stagnation di lammation di Signation À L'USAGE	résente le en dans le de moins URE DU PR	s signes of processor de 2cm of the 2cm of t	cliniques suivas de cicatris de la bordure de la bordure	vants: un exsue ation, une ode	DATE ANNÉE	MOIS	Jou
culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur acce	l de plaie débrid dation friable, u entuée et une inf	ée; et qui prine stagnation di lammation di Signation À L'USAGE	résente le en dans le de moins URE DU PR	s signes of processor de 2cm of the 2cm of t	cliniques suivas de cicatris de la bordure	vants: un exsue ation, une ode	lat ur DATE	MOIS	
culture bactérienne sur fond augmenté, un tissu de grant accentuée, une douleur accentuée, une douleur accentuée accentue accentuée accentue	l de plaie débrid dation friable, u entuée et une inf	ée; et qui prine stagnation di lammation di Signation À L'USAGE	résente le en dans le de moins URE DU PR	escripte  ESCRIPTE	cliniques suivas de cicatris de la bordure de la bordure	vants: un exsue ation, une ode	DATE ANNÉE		TOU