

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS PHARMACIE

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE
NOM DE LA PHARMACIE		
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

**CODES RAISONS DE L'AJUSTEMENT**  
 1 – CODE DE SÉLECTION DU PRODUIT MANQUANT – VEUILLEZ INDIQUER : 1 OU 2  
 2 – QUANTITÉ ERRONÉE  
 3 – FORMAT MULTIPLE (c.-à-d. : 1 ML, 5 ML, 10 ML – INDIQUER LE FORMAT PRÉPARÉ)  
 4 – APPROVISIONNEMENT POUR NOMBRE DE MOIS  
 5 – CHANGEMENT DU MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)  
 6 – NIM ERRONÉ UTILISÉ  
 7 – ORDONNANCE ANNULÉE OU NON RAMASSÉE (DÉBIT)

RAISON : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AJUSTEMENT

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	NB MOIS	1 ou 2	QTÉ	MONTANT BRUT	(COÛT + HONORAIRES)	CODE RAISON
			A	M	J									

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE DU PHARMACIEN

\_\_\_\_\_  
 DATE

## SECTION 3 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

**VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DES ENVOIS POUR VOS DOSSIERS CAR AUCUN DES DOCUMENTS SOUMIS NE SERA RETOURNÉ**  
 VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE :  
 SSQ - Demande de prestations d'assurance-maladie  
 CP 10 500 Succ. Sainte-Foy, Québec QC  
 G1V 4H6

SERVICE À LA CLIENTÈLE : 1-800-463-6262 TÉLÉC. : 1 855 453-3942  
 SSQ.CA