

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS PHARMACIE

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

SECTION 2 DEMANDE DE RÈGLEMENT

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° SUB (1 OU 2)	QTÉ	N° D'ORDONNANCE	JOURS D'APPROV	COÛT	HONO-RAIRES	HONOR. SS/MON-TANT CDP	CODE D'INTER-VENTION	MONTANT BRUT
			A	M	J										

SECTION 3 DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENT COMPOSÉS

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	CODE DU COMPOSÉ	QTÉ	JOURS D'APPROV	N° D'ORDONNANCE	DATE DE LA PRÉPARATION			MONTANT BRUT	HONOR. PROF. COMPOSÉ TEMPS FACTURÉ PAR MINUTE
							ANNÉE	MOIS	JO UR		
INGRÉDIENTS							NIM	QUANTITÉ	COÛT	TOTAL \$	NOM DU MÉDECIN
COÛT TOTAL											

SECTION 4 AUTORISATION

JE SOUSSIGNÉ, CERTIFIE QUE LES MÉDICAMENTS RÉCLAMÉS PAR LA PRÉSENTE ONT ÉTÉ PRÉPARÉS POUR LA PERSONNE IDENTIFIÉE CI-DESSUS

SIGNATURE DU PHARMACIEN _____ DATE _____

SECTION 5 INSTRUCTIONS 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 RÈGLEMENT 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