

**Autorisation médicaments ou patient d'exception —  
Mesure transitoire pour les membres de l'Association des retraitées et  
retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ-CSQ)**

**1. Identité de la personne assurée** (Cette section doit être remplie par la personne assurée.)

Numéro d'assurance maladie			Numéro de contrat SSQ		
Nom		Prénom		Date de naissance Année Mois Jour	
				Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Adresse de correspondance Numéro Rue			Appartement		
Municipalité		Province		Code postal	Ind. rég. Téléphone

**2. Liste des médicaments visés par la mesure du médicament ou du patient d'exception remboursés avant le 31 mars 2011 par la SSQ** (Cette section doit être remplie par le pharmacien.)

Médicaments visés	Numéro du permis du prescripteur	Date de fin de l'ordonnance ou de l'autorisation préalable donnée par la SSQ		
		Année	Mois	Jour

**3. Signature**

Par la présente, j'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec les prescripteurs concernés pour toute décision prise dans mon dossier.

**SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE**

**X** \_\_\_\_\_

Date  
Année Mois Jour

**Veuillez expédier le présent formulaire par télécopieur au 418 646-5653 ou au 1 866 312-3858**

ou par la poste à l'adresse qui suit :  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3