Travail, Emploi et Solidarité sociale
Québec

Estimation du coût des médicaments

Numéro de dossier
Centre local d'emploi ou bureau de Services Québec
Nom de l'agent d'aide socio-économique
Téléphone Poste

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE LA PERSONNE VISÉE – À remplir par le personnel du Ministère –

Nom de famille et prénom	Numéro d'assurance maladie	CP-12 de la personne visée (s'il est différent du numéro de dossier)

Section 2 – AUTORISATION DE LA PERSONNE REQUÉRANTE

Par la présente, j'autorise le pharmacien à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale le nom des médicaments prescrits au nom de la personne visée ainsi que le dosage, la posologie, la durée et les coûts mensuels prévus.

Date _____ Signature de la personne requérante _____

Section 2 – AUTHORIZATION OF THE APPLICANT

I hereby authorize the pharmacist to describe each medicine prescribed in the name of the person affected to the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale and to include the dosage, directions, period of use and the planned monthly cost.

Date _____ Signature of the applicant _____

Section 3 – PRÉVISION DU COÛT DES MÉDICAMENTS – À remplir par le pharmacien –

- *Inscrire seulement les médicaments assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les médicaments d'exception.*
- *Si vous manquez d'espace, fournir les renseignements sur une feuille en annexe.*

Nom du médicament	Dosage	Posologie	Durée	Coût prévu par mois
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
			Total par mois :	$

Date _____ Nom du pharmacien en caractères d'imprimerie _____ Signature du pharmacien _____

Nom de la pharmacie en caractères d'imprimerie _____ Adresse de la pharmacie en caractères d'imprimerie _____ Téléphone de la pharmacie _____

DÉPOSEZ OU ENVOYEZ CE FORMULAIRE À VOTRE CENTRE LOCAL D'EMPLOI OU À UN BUREAU DE SERVICES QUÉBEC.

Travail, Emploi et Solidarité sociale
Québec

Estimation du coût des médicaments

Numéro de dossier
Centre local d'emploi ou bureau de Services Québec
Nom de l'agent d'aide socio-économique
Téléphone Poste

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE LA PERSONNE VISÉE – À remplir par le personnel du Ministère –

Nom de famille et prénom	Numéro d'assurance maladie	CP-12 de la personne visée (s'il est différent du numéro de dossier)

Section 2 – AUTORISATION DE LA PERSONNE REQUÉRANTE

Par la présente, j'autorise le pharmacien à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale le nom des médicaments prescrits au nom de la personne visée ainsi que le dosage, la posologie, la durée et les coûts mensuels prévus.

Date _____ Signature de la personne requérante _____

Section 2 – AUTHORIZATION OF THE APPLICANT

I hereby authorize the pharmacist to describe each medicine prescribed in the name of the person affected to the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale and to include the dosage, directions, period of use and the planned monthly cost.

Date _____ Signature of the applicant _____

Section 3 – PRÉVISION DU COÛT DES MÉDICAMENTS – À remplir par le pharmacien –

- *Inscrire seulement les médicaments assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les médicaments d'exception.*
- *Si vous manquez d'espace, fournir les renseignements sur une feuille en annexe.*

Nom du médicament	Dosage	Posologie	Durée	Coût prévu par mois
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
			Total par mois :	$

Date _____ Nom du pharmacien en caractères d'imprimerie _____ Signature du pharmacien _____

Nom de la pharmacie en caractères d'imprimerie _____ Adresse de la pharmacie en caractères d'imprimerie _____ Téléphone de la pharmacie _____