



## 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 –

- Inscrivez 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
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Total par mois :</b>				\$

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_



## 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
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Total par mois :</b>				\$

\_\_\_\_\_

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

