FOURNISSEUR DE PHARMACIE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COÛTS D'ACQUISITION

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS PHARMACIE

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE

VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 2 – DÉTAILS DE LA DEMANDE

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	Nº D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	QTÉ	MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)
			A	M	J					

AUX SOINS DE LA PHARMACIE:

VOUS DEVEZ COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE AVANT QUE TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COÛTS D'ACQUISITION NE SOIT CONSIDÉRÉE. AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE ET DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS CONCERNANT LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS AFIN DE VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE EST VALIDE.

Il faut soumettre une copie de votre facture pour justifier votre demande

SECTION 3 – AUTORISATION

SIGNATURE DU PHARMACIEN

DATE (A M J)

SECTION 4 – 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