

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS PHARMACIE

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

CODES RAISONS DE L'AJUSTEMENT
 1 – CODE DE SÉLECTION DU PRODUIT MANQUANT – VEUILLEZ INDIQUER : 1 OU 2
 2 – QUANTITÉ ERRONÉE
 3 – FORMAT MULTIPLE (c.-à-d. : 1 ML, 5 ML, 10 ML – INDIQUER LE FORMAT PRÉPARÉ)
 4 – APPROVISIONNEMENT POUR NOMBRE DE MOIS
 5 – CHANGEMENT DU MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)
 6 – NIM ERRONÉ UTILISÉ
 7 – ORDONNANCE ANNULÉE OU NON RAMASSÉE (DÉBIT)

RAISON : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AJUSTEMENT

NUMÉRO DE CERTIFICAT SSQ	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	NB MOIS	1 ou 2	QTÉ	MONTANT BRUT	(COÛT + HONORAIRES)	CODE RAISON
			A	M	J									

 SIGNATURE DU PHARMACIEN

 DATE

SECTION 3 – 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