

<b>1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.</b>	<b>2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC :</b>
	<b>En ligne</b> <a href="http://www.ivac.qc.ca">www.ivac.qc.ca</a>
	<b>Par la poste</b> 1600, avenue d'Estimauville, CP 1400 Succ. Terminus Québec (Québec) G1K 0K2
	<b>Par télécopieur</b> 1 888 927-0003

<b>1. Renseignements sur le fournisseur</b>	
Nom de la pharmacie	N° de fournisseur
Téléphone	Télécopieur

<b>2. Renseignements sur le réclamant</b>
Nom et prénom <i>(tel qu'indiqué sur la carte d'assurance maladie)</i>

<b>3. Documents à transmettre obligatoirement</b>
Facture
Copie de l'évaluation de santé du réclamant
Copie de la prescription du professionnel de la santé pour médicaments prophylactiques
Copie du formulaire de demande de qualification, si disponible
Commentaires :
<b>Important :</b> Préciser le nombre de pages, y compris celle-ci :

<b>4. Autorisation</b>
J'autorise la pharmacie _____
à communiquer à la Direction générale de l'IVAC (DGIVAC) tout renseignement nécessaire au traitement de ma réclamation.
À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.
<b>Signature du réclamant</b>
A A A A M M J J

**Les renseignements contenus dans la présente télécopie sont confidentiels et envoyés pour la seule et unique utilisation générale de l'IVAC. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur et lui retourner le message original.**