

Pharmacie

Adresse :

Tel :

Fax :

Date : _____

À l'attention de :

Dr(e) _____

Fax : () _____ - _____

De :

Pharmacien : _____

Lic : _____

Objet : « Ne pas substituer »

Bonjour,

Notre patient(e) _____ D.D.N. ____-____-_____ prend actuellement le médicament _____ avec la mention de « Ne pas substituer ». À partir du **24 avril 2015**, la mention de « Ne pas substituer » **doit être accompagnée d'un code justificatif**, sinon le patient devra payer un excédent OU prendre un médicament générique. Merci de cocher et justifier :

	La mention « Ne pas substituer » pour le médicament nommé ci-dessus du (de la) patient(e) n'est plus applicable. Le patient doit donc payer l'excédent ou prendre le générique.
OU	
	La mention « Ne pas substituer » pour le médicament nommé ci-dessus du (de la) patient(e) est encore applicable en raison de :
Code A	<i>Allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur;</i> Spécifiez : _____
Code B	<i>Intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur;</i> Spécifiez : _____
Code C	<i>Forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la liste des médicaments sous cette forme;</i> Spécifiez : _____
Code D	<i>Compte tenu de son état de santé et de la distance séparant son domicile du centre de perfusion où est administré l'Infectra^{MC}, cette personne assurée doit se rendre au centre de perfusion le plus accessible, soit celui où est administré le Remicade^{MC} (valide jusqu'au 3 octobre 2016);</i>

SIGNATURE : _____

LIC. : 1 - _____

DATE : _____

N.B. : Veuillez noter que la mention « Ne pas substituer » **avec** le code justificatif doit être inscrit **à chaque fois que le médicament en question est prescrit** pour qu'elle soit en vigueur.

SVP retournez la réponse par fax au :