

**Important :** Chaque demande d'inscription et tous les documents afférents doivent être soumis en version électronique. Veuillez utiliser un formulaire différent pour chaque forme pharmaceutique et chaque teneur du médicament.

Pour remplir le formulaire, reportez-vous à la section Formulaire « Demande d'inscription d'un médicament » du Guide de soumission d'une demande à l'INESSS.

<p><b>A. Description du médicament</b></p> <p>N° d'identification du médicament (DIN) : _____</p> <p>Nom du requérant : _____</p> <p>Marque de commerce : _____</p> <p>Dénomination commune : _____</p> <p>Forme : _____</p> <p>Teneur : _____</p> <p>Code ATC : _____</p> <p>Catégorie de médicament (cochez s.v.p.) <input type="checkbox"/>Pr <input type="checkbox"/>NonPr <input type="checkbox"/>Drogue contrôlée <input type="checkbox"/>Stupéfiant <input type="checkbox"/>Substance ciblée</p>	<p>Réservé à l'INESSS</p>
---	---------------------------

**B. Liste pour laquelle la demande est effectuée**

*Liste des médicaments du régime général?* OUI NON

*Liste des médicaments—Établissements?* OUI NON

**C. Indication reconnue par Santé Canada**

Dans le cas d'un médicament sans avis de conformité, inscrire l'indication demandée à Santé Canada.

**D. Indication demandée à l'INESSS**

L'indication demandée est-elle identique à celle de Santé Canada? OUI NON

Si non, justifier :

E. Prix de vente garanti (PVG) ou prix de vente soumis de chaque format						
Format (Mentionner le prix par format et non le prix unitaire)	PVG aux pharmaciens	PVG aux grossistes	% de réduction accordé aux grossistes	Autorisation d'ajustement au prix le plus bas		Prix de vente aux établissements
				oui	non	
				oui	non	
				oui	non	
				oui	non	

**F. Coordonnées du requérant et attestation**

Nom du requérant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

J'atteste que tous les renseignements fournis sont conformes aux conditions de l'engagement souscrit par notre compagnie.

Signature : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

(en lettres moulées)

Fonction : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**G. Adresse d'expédition de documents à l'INESSS**  
(p. ex : envoi d'échantillons):

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)  
**Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement**  
 2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
 Québec (Québec) G1V 4M3

**H. Section réservée à l'INESSS**

Code(s) de programme  01 Programme MTS  
 02 Programme tuberculose  
 03 RGAM –section régulière  
 04 Liste – Établissements  
 41 RGAM – médicament d'exception  
 42 Liste – Établissements avec critères reconnus  
 autre \_\_\_\_\_

Nature  MAG Produit pour médicament magistral  
 SUP Supplément diététique (formules nutritives)  
 ADJ Véhicule, solvant ou adjuvant  
 FHO Fourniture avec honoraires  
 FSH Fourniture sans honoraires

Marge maximale  OUI  NON

par : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_