



**Plan de médicaments sur ordonnance du
Nouveau-Brunswick (PMONB)
FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE**

Veuillez remplir toutes les sections requises aux fins de traitement rapide de la demande
Ce formulaire doit être complété par un prescripteur

Date : JJ/MM/AAAA		
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom de famille du patient :	Prénom :	Initiale :
Numéro d'assurance-maladie ou d'ID du PMONB :	Date de naissance : JJ/MM/AAAA	
Adresse municipale :		
Case postale :	Ville :	Code postal :
MÉDICAMENT DEMANDÉ		
Nom du médicament/Dosage/Posologie :	Calendrier de posologie :	Durée prévue du traitement :
Diagnostic/Indication/Raison d'utilisation :		
Pharmacothérapie précédente pertinente :		
Autres renseignements pertinents :		
RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR		VEUILLEZ RETOURNER À :
Adresse du demandeur :	Demandeur : Numéro d'immatriculation : (p. ex., CMCNB, AIINB, OPhNB, etc.) Numéro de télécopieur :	PMONB – Unité d'autorisation spéciale C.P 690 644, Main Street Moncton (N.-B.) E1C 8M7 Renseignements : 1-800-332-3691 Télécopieur (local) : 506-867-4872 Télécopieur (sans frais) : 1-888-455-8322
Signature du demandeur :		

Les renseignements relatifs à cette demande sont recueillis, utilisés et communiqués en vertu de l'article 4(4) et 4.1 de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* du Nouveau-Brunswick. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-800-332-3691.