DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Humira^{MC}), **étanercept** (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC}SureClick^{MC} 50 mg/ml), **infliximab** (Remicade^{MC}) — **Spondylite ankylosante modérée ou grave**

1 - Personne assurée		2 - Preso	cripteur						
		NOM ET PRÉ	ÉNOM			Nº D'INSCF	RIPTION À	LA RÉGIE	
							1 1	1 1	
	ADRESSE NUMÉRO	RUE				BUE	REAU		
		I NOME TO						iLAO	
		MUNICIPALITÉ PROVINCE					CODE F	POSTAL	
		NUMÉRO DE IND. RÉG.	TÉLÉPHONE		NUMÉRO DU TÉLI IND. RÉG.	ÉCOPIEUR	I		
CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU									
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE NOM ET PRÉNOM						DATE DE NA ANNÉE	ISSANCE MOI		
	ADRESSE NUMÉRO RUE		APP.						
sur le carnet de réclamation	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO	DE TÉLÉPHO	NE		
si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père			QUÉBEC		IND. RÉG.	1			
3 - Médicament visé par la demande									
	NERCEPT – ENBREL ^{MC}		ÉTANERCEPT – EN	IBREL ^{MC} SURECLIC	K ^{MC} INFLIXIN	1AB – REMIC	CADEMC		
	Inj. S.C. 50 mg/ml		Sol. Inj. S.C. 50 mg/	/ml	DÉB	UTÉ et un re	mbourse	ement reçu	
DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021	DÉBUTÉ et un remboursement reçu* DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020 AVANT LE 18 AOÛT 2017 Autre. Précisez :								
Autre. Précisez :	Autre. Précisez :		Autre. Précisez	2 :					
* La personne admissible doit avoir reçu un re	emboursement de la Ré	gie ou d'un	assureur ou par	l'administrateur	du régime d'av	antages s	ociaux		
FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOG	GIE								
DURÉE PRÉVUE DU 1	FRAITEMENT	MOIS JO	Si la persor	nne assurée est	hospitalisée,	ANNÉE	MOIS	JOUR	
DU AU INDÉTE	RMINÉE OU		indiquez la	date prévue de	son congé.	1 1 1			
4 - Renseignements cliniques - Pours	uite du traitement								
Diagnostic ou contexte clinique									
Spondylite ankylosante modérée ou grave									
Autre. Précisez :									
Raison empêchant la transition vers la		ANNÉE	MOIS JOUR						
Femme enceinte : Date prévue de l'	, r								
Personne âgée de moins de 18 ans									
Personne qui a eu un échec thérape condition médicale	eutique avec au moin	s 2 autres	médicaments	biologiques ut	ilisés pour tra	iter la mê	me		
Nom de ces médicaments :									
Autre raison. Précisez :									
Renseignements nécessaires pour éva	luer, <u>après cinq mois</u>	s et plus, la	a réponse au t	raitement sur	les points év	alués ini	tialem	ent	
Renseignements relatifs à l'évaluation		Évaluation initiale Évaluation subsé			équente la	quente la plus récente			
Date de l'évaluation		ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE				MOIS	MOIS JOUR		
DAODAL		1 1							
BASDAI	_			_				_	
BASFI			Sans objet Oui			i	Non		

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

de la personne assuree	du prescripteur a la Hegie	Renseigneme	ents requis aux fins de traçabilité.	
infliximab (Remi	cade ^{MC}) — Spondylit	•	ml, Enbrel ^{Mc} SureClick ^{Mc} nte modérée ou grave	• ,,
5 - Renseignements complémentai	ires (racultatifs)			
Assurez-vous que toutes les sections re	<u>·</u>	ûment complétée	es et que celui-ci est signé avant	de le retourner.
6 - Signature du prescripteur autor Je certifie que les renseignements fournis dans		MOIS IOLIR	Retourner le présent formulaire • par télécopieur à Québec :	418 646-5653

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.

Numéro d'inscription

Numéro d'assurance maladie

ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3858

• par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus Québec (Québec) G1K 7T3

2/2 **8248** *235 21/07*