

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Aliskirène/hydrochlorothiazide (Rasilez HCT<sup>MC</sup>)**  
**— Hypertension artérielle**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
	ADRESSE NUMÉRO RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT ALISKIRÈNE/HYDROCHLOROTHIAZIDE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR

**4 - Renseignements cliniques**

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Diurétique thiazidique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Absence de contrôle optimal de l'hypertension artérielle	du _____ au _____
Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) Nom : _____	<input type="checkbox"/> Absence de contrôle optimal de l'hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____	du _____ au _____
Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) Nom : _____	<input type="checkbox"/> Absence de contrôle optimal de l'hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____	du _____ au _____

**5 - Renseignements complémentaires (facultatifs)**

\_\_\_\_\_

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

**6 - Signature du prescripteur autorisé**

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE ANNÉE MOIS JOUR

**Retourner le présent formulaire**

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**  
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

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.