

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ambrisentan (Volibri^{MC}), bosentan (Tracleer^{MC}), epoprostenol (Flolan^{MC}, Caripul^{MC}), macitentan (Opsumit^{MC}), selexipag (Uptravi^{MC}), sildenafil (Revatio^{MC}), tadalafil (Adcirca^{MC}) ou treprostinil (Remodulin^{MC}) — Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE

si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation

OU
si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père

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.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicament visé par la demande

AMBRISENTAN BOSENTAN EPOPROSTENOL MACITENTAN SELEXIPAG SILDENAFIL TADALAFIL TREPROSTINIL

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Cause de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

Idiopathique

Associée ou secondaire à une connectivite

Autre. Précisez : _____

Classe fonctionnelle selon l'OMS

I II III IV

Présence de symptômes malgré l'essai d'un traitement conventionnel optimal

Oui Nom du ou des médicaments essayés : _____

Non Précisez : _____

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

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

**Ambrisentan (Volibri^{MC}), bosentan (Tracleer^{MC}), epoprostenol (Flolan^{MC}, Caripul^{MC}),
macitentan (Opsumit^{MC}), selexipag (Upravi^{MC}), sildenafil (Revatio^{MC}), tadalafil (Adcirca^{MC})
ou treprostinil (Remodulin^{MC}) — Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) (suite)**

5- Évaluation et suivi médical

Par un médecin œuvrant dans un centre désigné, spécialisé dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

Nom du centre hospitalier désigné

- CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)
 Hôpital général juif
 Institut de cardiologie de Montréal
 Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)

Par un médecin œuvrant dans un autre centre. Précisez : _____

6 - 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.

7 - 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.