

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Somatotrophine (Genotropin GoQuick^{MC}, Genotropin MiniQuick^{MC}, Humatrope^{MC}, Nutropin AQ NuSpin^{MC}, Nutropin AQ Pen^{MC}, Omnitrope^{MC} et Saizen^{MC}) ou **Somatotrophine – retard de croissance et syndrome de Turner** (Norditropin Nordiflex^{MC}) — **Syndrôme de Turner**

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.		

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

3 - Médicament visé par la demande

SOMATOTROPHINE SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER

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

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Syndrome de Turner **confirmé par un caryotype compatible** avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X)

Autre. Précisez : _____

Donnée médicale

Âge osseux : _____ ans

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Données médicales

- Âge osseux : _____ ans
- Vitesse de croissance de **≥ 2 cm/an** (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)
 - Oui
 - 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.

Somatotrophine (Genotropin GoQuick^{MC}, Genotropin MiniQuick^{MC}, Humatrope^{MC}, Nutropin AQ NuSpin^{MC}, Nutropin AQ Pen^{MC}, Omnitrope^{MC} et Saizen^{MC}) ou **Somatotrophine – retard de croissance et syndrome de Turner** (Norditropin Nordiflex^{MC}) — **Syndrome de Turner (suite)**

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.