

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Pérampanel (Fycompa^{MC}) – Épilepsie partielle réfractaire ou crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires

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
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

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	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 PÉRAMPANEL	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	ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Indication thérapeutique

Traitement d'appoint des personnes atteintes d'**épilepsie partielle réfractaire**

Traitement d'appoint des personnes atteintes de **crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires**

Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

ANTIÉPILEPTIQUES	RÉSULTATS OU RAISON DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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.

Pérampanel (Fycompa^{MC}) – Épilepsie partielle réfractaire ou crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires (suite)

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.