

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa^{MC}), Ribavirine (Ibavir^{MC}) – Hépatite C chronique

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

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> EPCLUSA ^{MC}	<input type="checkbox"/> IBAVYR ^{MC}	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

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

- Hépatite C chronique
 Autre. Précisez : _____

Administration d'Epclusa^{MC}

- En association avec la ribavirine
 En monothérapie
 Autrement. Précisez : _____

Présence d'une cirrhose décompensée

- Oui Non

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.