

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Elbasvir/Grazoprévir (Zepatier<sup>MC</sup>), Ribavirine (Ibavyr<sup>MC</sup>)**  
**— Hépatite C chronique de génotype 1 et 4**

**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**

*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 <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

**3 - Médicaments visés par la demande**

ZEPATIER<sup>MC</sup>       IBAVYR<sup>MC</sup>

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**

**Diagnostic**

Hépatite C chronique  
Génotype :  1a,  1, autre que le sous-type 1a  2  3  4  5  6

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration de Zepatier<sup>MC</sup>**

En association avec ribavirine  
 En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Présence d'une cirrhose décompensée**

Oui  Non

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.

## Elbasvir/Grazoprévir (Zepatier<sup>MC</sup>), Ribavirine (Ibavyr<sup>MC</sup>) — Hépatite C chronique de génotype 1 et 4 (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
TRAITEMENT CONTRE VHC	RÉSULTATS OU RAISON DE LA NON UTILISATION	
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC		
<input type="checkbox"/> RBV/Interféron- $\alpha$ pégylé <input type="checkbox"/> Inhibiteur de la protéase <input type="checkbox"/> BOC <input type="checkbox"/> TVR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Réponse nulle <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Échappement virologique <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Contre-indication. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. 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.