

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Benralizumab (Fasenra<sup>MC</sup>, Fasenra PEN<sup>MC</sup>), mépolizumab (Nucala<sup>MC</sup>) — Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes nécessitant un corticostéroïde oral de façon continue depuis ≥ 3 mois**

## 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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.
		QUÉBEC		

## 3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> BENRALIZUMAB	<input type="checkbox"/> MÉPOLIZUMAB	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**  
Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**  
Complétez les sections 5- 6- 7

## 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

**Indication thérapeutique**

Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez l'adulte

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### Concentration sanguine d'éosinophiles

BENRALIZUMAB	MÉPOLIZUMAB
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 <sup>9</sup> /l) au moment d'amorcer le benralizumab	<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 <sup>9</sup> /l) au moment d'amorcer un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 <sup>9</sup> /l) avant d'avoir amorcé un autre agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)	<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 <sup>9</sup> /l) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

### Traitement de corticostéroïde oral reçu par la personne

Nom : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Durée de traitement : \_\_\_\_\_

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.

**Benralizumab (Fasenra<sup>MC</sup>, Fasenra PEN<sup>MC</sup>), mépolizumab (Nucala<sup>MC</sup>) — Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes nécessitant un corticostéroïde oral de façon continue depuis ≥ 3 mois (suite)**

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

Traitement d'entretien de corticostéroïde oral reçu par la personne :

Nom : \_\_\_\_\_

Dose d'entretien ACTUELLE : \_\_\_\_\_

**6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)**

Empty box for additional information.

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.