

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MC</sup>) – Hépatite C chronique

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

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

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE   MOIS   JOUR

#### 4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic**

Hépatite C chronique  
 Génotype  1  2  3  4  5  6

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

En monothérapie  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Stade des dommages hépatiques**

Aucune cirrhose  
 Cirrhose compensée  
 Cirrhose décompensée

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.

## Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MC</sup>) – Hépatite C chronique (suite)

### 4 - Renseignements cliniques – Traitement

#### Résumé des essais antérieurs

TRAITEMENTS CONTRE LE VHC	RÉSULTATS	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC		
Traitement à base d'interféron alfa pégylé <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique • en association avec la ribavirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre : _____	du _____ au _____
Traitement à base de sofosbuvir <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique • en association avec la ribavirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre : _____	du _____ au _____
Inhibiteur de la protéase NS3/4A <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre : _____	du _____ au _____
Inhibiteur de la protéine NS5A <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre : _____	du _____ au _____
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.