

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tocilizumab (Actemra^{MC}) – Artérite à cellules géantes

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 _____ CODE POSTAL _____

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

NOM ET PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____

MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE **QUÉBEC** CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT: **TOCILIZUMAB** FORME PHARMACEUTIQUE: **Sol. Inj. S.C.** 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

Artérite à cellules géantes
Date de l'épisode le plus récent ► ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Autre. Précisez : _____

Administration du tocilizumab

En adjuvant à une corticothérapie administrée à doses décroissantes

Autrement. Précisez : _____

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.