

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Sémaglutide (Ozempic<sup>MC</sup>) – Diabète de type 2

### 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

NOM DU MÉDICAMENT SÉMAGLUTIDE	FORME PHARMACEUTIQUE Susp. Inj. S.C.	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	<input type="checkbox"/> OU
	ANNÉE	MOIS	JOUR

### 4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic**

Diabète de type 2

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du sémaglutide**

En association avec la metformine

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indication** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Sulfonylurée

Nom : \_\_\_\_\_  Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_ 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.