

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Rivaroxaban 2,5mg (Xarelto<sup>MC</sup>) – Prévention secondaire des événements cardiovasculaires

#### 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 RIVAROXABAN	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR 2,5 mg	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

**Indication thérapeutique**

Prévention secondaire des événements cardiovasculaires

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Condition cardiovasculaire**

Coronaropathie

Oui

Non

Maladie artérielle périphérique

Oui

Non

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du rivaroxaban**

En association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique

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.**