

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Rivaroxaban 2,5mg (Xarelto^{MC}) – Prévention secondaire des événements cardiovasculaires

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.	

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <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 _____ APP. _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
---	---	--

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.