

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Fulvestrant (Faslodex^{MC}) — Cancer du sein avancé, localement avancé non résécable ou métastatique, en association avec le palbociclib ou le ribociclib

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 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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT FULVESTRANT	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	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	

Type de demande

- Demande initiale**
Complétez les sections 4- 6- 7
- Demande de renouvellement d'une autorisation**
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Cancer du sein avancé, localement avancé non résécable ou métastatique

Autre. Précisez : _____

Administration du fulvestrant

En association avec le **palbociclib**, selon l'indication reconnue pour le palbociclib¹

En association avec le **ribociclib**, selon l'indication reconnue pour le ribociclib²

Autrement. Précisez : _____

¹ Au besoin, veuillez vous référer à l'indication reconnue pour le paiement du palbociclib (*annexe IV de la Liste des médicaments*)

² Au besoin, veuillez vous référer à l'indication reconnue pour le paiement du ribociclib (*annexe IV de la Liste des médicaments*)

5 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Administration du fulvestrant

En association avec le **palbociclib**

En association avec le **ribociclib**

Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

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.

Fulvestrant (Faslodex^{MC}) — Cancer du sein avancé, localement avancé non résécable ou métastatique, en association avec le palbociclib ou le ribociclib (suite)

6 - 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.

7 - 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.