

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Humira^{MC}), étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC}SureClick^{MC} 50 mg/ml), infliximab (Remicade^{MC}) — Spondylite ankylosante modérée ou grave

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 _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

ADALIMUMAB – HUMIRA^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml) ÉTANERCEPT – ENBREL^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml ÉTANERCEPT – ENBREL^{MC}SURECLICK^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml INFlixIMAB – REMICADE^{MC}

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 18 AOÛT 2017 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 18 AOÛT 2017 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020

Autre. Précisez : _____ Autre. Précisez : _____ Autre. Précisez : _____ Autre. Précisez : _____

* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux

FORME PHARMACEUTIQUE _____ 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 - Poursuite du traitement

Diagnostic ou contexte clinique

Spondylite ankylosante modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire

Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement ► ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Personne âgée de moins de 18 ans

Personne qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale

Nom de ces médicaments : _____

Autre raison. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation	ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
BASDAI	_____	_____
BASFI	_____	_____
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

