

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Insuline lispro (Humalog^{MC} et Humalog^{MC} KwikPen^{MC}) — Diabète

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

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

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.

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

INSULINE LISPRO – HUMALOG^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (10 ml)

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021

Autre. Précisez : _____

INSULINE LISPRO – HUMALOG^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 ml)

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021

Autre. Précisez : _____

INSULINE LISPRO – HUMALOG^{MC} KWIKPEN^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 ml)

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021

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

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 : _____

Veuillez décrire les échecs thérapeutiques observés et joindre la documentation pertinente : _____

Personne qui reçoit son traitement par pompe à insuline

Autre raison. 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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.