

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Adalimumab (Humira<sup>MC</sup>), infliximab (Remicade<sup>MC</sup>) — Maladie de Crohn intestinale 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	ANNÉE	MOIS	JOUR
	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

### 3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HUMIRA <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml) <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – REMICADE <sup>MC</sup> <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020 <input type="checkbox"/> 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		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.				
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
AU		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU			

### 4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

**Diagnostic ou contexte clinique**

Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, présentement active

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 : \_\_\_\_\_

• Début du traitement du médicament demandé ► ANNÉE MOIS JOUR

• Dernière injection ► ANNÉE MOIS JOUR

• Effets bénéfiques obtenus : \_\_\_\_\_

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

