

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Insuline glargine (Lantus^{MC} et Lantus^{MC} Solostar^{MC} (3ml)) — Diabète

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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
		QUÉBEC		

3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> INSULINE GLARGINE – LANTUS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 ml) <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 18 AOÛT 2017 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> INSULINE GLARGINE – LANTUS ^{MC} SOLOSTAR ^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 ml) <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 18 AOÛT 2017 <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											
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	ANNÉE	MOIS	JOUR
				<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE							

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 : _____

Autre raison. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ► Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Insuline à action intermédiaire (ex : insuline NPH) Nom : _____	<input type="checkbox"/> Survenue d'au moins un épisode d'hypoglycémie grave Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Survenue de fréquents épisodes d'hypoglycémie Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre du _____ au _____
Autre type d'insuline Nom : _____	<input type="checkbox"/> Survenue d'au moins un épisode d'hypoglycémie grave Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Survenue de fréquents épisodes d'hypoglycémie Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre du _____ au _____
Aucune insuline tentée	<input type="checkbox"/> Raison de la non utilisation 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.

Insuline glargine (Lantus^{MC} et Lantus^{MC} Solostar^{MC} (3ml)) — Diabète (suite)

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.