

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Insuline glargine (Lantus<sup>MC</sup> et Lantus<sup>MC</sup> Solostar<sup>MC</sup> (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.		

<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 ANNÉE MOIS JOUR			
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.		
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

#### 3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> INSULINE GLARGINE – LANTUS <sup>MC</sup> 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 <sup>MC</sup> SOLOSTAR <sup>MC</sup> 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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE <b>OU</b> 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 : \_\_\_\_\_

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 <b>intermédiaire</b> (ex : insuline NPH) Nom : _____	<input type="checkbox"/> Survenue d'au moins un épisode d'hypoglycémie grave <input type="checkbox"/> Survenue de fréquents épisodes d'hypoglycémie <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Autre type d'insuline Nom : _____	<input type="checkbox"/> Survenue d'au moins un épisode d'hypoglycémie grave <input type="checkbox"/> Survenue de fréquents épisodes d'hypoglycémie <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.

