

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Adalimumab (Humira^{MC}), étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC} SureClick^{MC} 50 mg/ml),
infiximab (Remicade^{MC}) — Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde
ou de forme autre que rhumatoïde**

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	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

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HUMIRA ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml)	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} SURECLICK ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – REMICADE ^{MC}
<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021	<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020	<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020	<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<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	
AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde	
<input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire	
<input type="checkbox"/> Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement ▶	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> Personne âgée de moins de 18 ans	
<input type="checkbox"/> 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 : _____	
<input type="checkbox"/> Autre raison. 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.

**Adalimumab (Humira^{MC}), étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC} SureClick^{MC} 50 mg/ml),
infiximab (Remicade^{MC}) — Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde
ou de forme autre que rhumatoïde (suite)**

4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement (suite)

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		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation						
Nombre d'articulations avec synovite active	_____			_____		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)	_____			_____		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l			_____ mg/l		
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h			_____ mm/h		
Poids	_____ kg			_____ kg		
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

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.