

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Rituximab (Rituxan^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde 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. | |

| | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------------------|--|
| 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 QUÉBEC | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | |

3 - Médicament visé par la demande

RITUXIMAB – RITUXAN^{MC}
 DÉBUTÉ et un remboursement reçu*
 AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2020
 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 <input type="checkbox"/> 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

Diagnostic ou contexte clinique

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave
 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 : _____

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.

Rituximab (Rituxan^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave (suite)

4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement (suite)

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

| Renseignements relatifs à l'évaluation | Évaluation initiale | Évaluation subséquente la plus récente |
|--|--|---|
| En association avec | <input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| 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 |
| S'il y a lieu, retour au travail | Sans objet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Résultat avec Rituximab | Sans objet | <input type="checkbox"/> Maladie n'est toujours pas en rémission <input type="checkbox"/> À la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive <input type="checkbox"/> Autre. 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.