

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Glatiramère (acétate de) (Copaxone^{MC}) — Sclérose en plaques de forme rémittente et première poussée clinique aigüe de démyélinisation

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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	---	---

3 - Médicament visé par la demande

GLATIRAMÈRE (acétate de) – COPAXONE^{MC}
 Sol. Inj. S.C. 20 mg/ml
 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 5 JUILLET 2018
 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 INDÉTERMINÉE 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

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
 Autre raison. Précisez : _____

Diagnostic ou contexte clinique

Sclérose en plaques de forme rémittente
 Première poussée clinique aigüe de démyélinisation
 Autre. Précisez : _____

5 - Renseignements cliniques - sclérose en plaques de forme rémittente

EDSS AVANT le début de traitement avec le glatiramère : _____ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

EDSS ACTUEL : _____ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

Effet bénéfique démontré par l'absence de détérioration

Oui
 Non. 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.

Glatiramère (acétate de) (Copaxone^{MC}) — Sclérose en plaques de forme rémittente et première poussée clinique aigüe de démyélinisation (suite)

6 - Renseignements cliniques - sclérose en plaques pour une première poussée clinique aigüe de démyélinisation

Effet bénéfique démontré par l'absence de nouvelle poussée clinique

Oui

Non. Précisez : _____

7 - 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.

8 - 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.