

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. _____

3 - Médicament visé par la demande

ÉNOXAPARINE – LOVENOX^{MC} ÉNOXAPARINE – LOVENOX HP^{MC}

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 15 DÉCEMBRE 2021 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 15 DÉCEMBRE 2021

Autre. Précisez : _____ 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

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 : _____

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.