

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Siponimod (acide fumarique de) (Mayzent<sup>MC</sup>) – Sclérose en plaques progressive secondaire

#### 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.
	QUÉBEC		

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR
AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU	ANNÉE
			MOIS
			JOUR
			Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.
			ANNÉE
			MOIS
			JOUR

#### Type de demande

**Demande initiale**  
Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de renouvellement d'une autorisation**  
Complétez les sections 5- 6- 7

#### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

**Diagnostic ou contexte clinique**

Sclérose en plaques progressive secondaire

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**EDSS AVANT** le début du traitement avec le siponimod : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

**Évolution de la maladie**  
Maladie ACTIVE caractérisée par au moins un des éléments suivants :

Une poussée clinique dans les deux dernières années

Une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année

Une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année

Une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans la dernière année

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 5 - Renseignements cliniques – Demande de renouvellement d'une autorisation

**Diagnostic ou contexte clinique**

Sclérose en plaques progressive secondaire

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**EDSS ACTUEL** : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

