

## 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 <b>OU</b>
--

#### 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>  <b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	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

NOM DU MÉDICAMENT SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)	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	ANNÉE   MOIS   JOUR

#### Type de demande

**Demande initiale**  **Demande de renouvellement d'une autorisation**  
 Complétez les sections 4- 6- 7 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.

