

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
Indacatérol (acétate d')/glycopyrronium (bromure de)/mométasone (furoate de)  
(Enerzair<sup>MC</sup> Breezhaler<sup>MC</sup>) — Asthme et autres maladies obstructives réversibles  
des voies respiratoires

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

|                                  |     |                                    |             |
|----------------------------------|-----|------------------------------------|-------------|
| NOM ET PRÉNOM                    |     | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE        |             |
| ADRESSE<br>NUMÉRO                | RUE | BUREAU                             |             |
| MUNICIPALITÉ                     |     | PROVINCE                           | CODE POSTAL |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE<br>IND. RÉG. |     | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR<br>IND. RÉG. |             |

|  |                   |                                      |             |                                  |
|--|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------------------|
| <b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE<br/>DE LA PERSONNE ASSURÉE</b><br><br><i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire<br/>sur le carnet de réclamation</i><br><br><b>OU</b><br><i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie<br/>de la mère ou du père</i> | NOM ET PRÉNOM     | DATE DE NAISSANCE<br>ANNÉE MOIS JOUR |             |                                  |
|  | ADRESSE<br>NUMÉRO | RUE                                  | APP.        |                                  |
|  | MUNICIPALITÉ      | PROVINCE<br><b>QUÉBEC</b>            | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE<br>IND. RÉG. |

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT  
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

|                      |        |           |
|----------------------|--------|-----------|
| 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**

**Diagnostic ou contexte clinique**

Asthme ou autre maladie obstructive réversible des voies respiratoires

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Précision sur l'état de santé de la personne**

**Au moins une exacerbation** (aggravation des symptômes d'asthme) dans la dernière année ayant nécessité :

- Des soins médicaux d'un médecin
- Une visite à l'urgence ou une hospitalisation
- L'usage d'un corticostéroïde oral
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Précision sur le contrôle de la maladie**

**Contrôle insuffisant** malgré l'utilisation d'une association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action (BALA) et d'un corticostéroïde en inhalation (CSI) pris à une **dose moyenne ou élevée**

- **BALA+CSI**  
Nom : \_\_\_\_\_ Dose et posologie : \_\_\_\_\_ Période d'essai : \_\_\_\_\_
- OU**
- **BALA**  
Nom : \_\_\_\_\_ Dose et posologie : \_\_\_\_\_ Période d'essai : \_\_\_\_\_
- **CSI**  
Nom : \_\_\_\_\_ Dose et posologie : \_\_\_\_\_ Période d'essai : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

