

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Indacatérol (acétate d')/glycopyrronium (bromure de)/mométasone (furoate de)
(Enerzair^{MC} Breezhaler^{MC}) — 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 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
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 β2 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 : _____

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

**Indacatérol (acétate d')/glycopyrronium (bromure de)/mométasone (furoate de) (Enerzair^{MC} Breezhaler^{MC})
— Asthme et autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires (suite)**

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	

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.

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