

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

**3 - Médicament visé par la demande**

<input type="checkbox"/> INSULINE ASPARTE – NOVORAPID <sup>MC</sup> FLEXTOUCH <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3ml)	<input type="checkbox"/> INSULINE ASPARTE – NOVORAPID <sup>MC</sup> PENFILL <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3ml)
<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 2 FÉVRIER 2022	<input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 2 FÉVRIER 2022
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE <b>OU</b> 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 : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire les échecs thérapeutiques observés et joindre la documentation pertinente : \_\_\_\_\_

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.