

Available for both postmenopausal women (code MS153) and men with osteoporosis under *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ) via Special Authorization¹

Prolia® is indicated:²

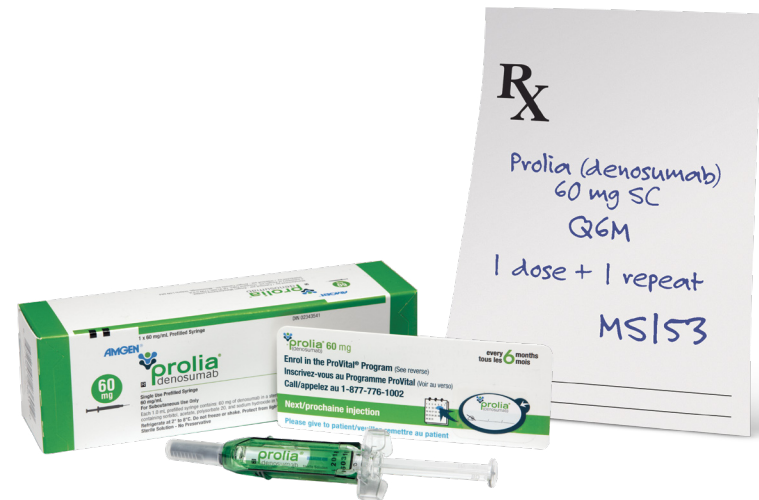
- For the treatment of postmenopausal women with osteoporosis at high risk for fracture, defined as a history of osteoporotic fracture, or multiple risk factors for fracture; or patients who have failed or are intolerant to other available osteoporosis therapy. In postmenopausal women with osteoporosis, Prolia reduces the incidence of vertebral, nonvertebral and hip fractures.
- As a treatment to increase bone mass in men with osteoporosis at high risk for fracture, defined as a history of osteoporotic fracture, or multiple risk factors for fracture; or patients who have failed or are intolerant to other available osteoporosis therapy.
- As a treatment to increase bone mass in men with nonmetastatic prostate cancer receiving androgen deprivation therapy (ADT), who are at high risk for fracture.
- As a treatment to increase bone mass in women with nonmetastatic breast cancer receiving adjuvant aromatase inhibitor (AI) therapy, who have low bone mass and are at high risk for fracture.
- As a treatment to increase bone mass in women and men at high risk for fracture due to sustained systemic glucocorticoid therapy.
- As a treatment to increase bone mass in women and men at high risk for fracture who are starting or have recently started long-term glucocorticoid therapy.

Consult the Product Monograph at www.amgen.ca/Prolia_PM.pdf for important information relating to contraindications, warnings, precautions, adverse reactions, interactions, dosing and conditions of clinical use. The Product Monograph is also available by calling us at 1-866-502-6436.

CRITERIA:¹

- For the treatment of postmenopausal osteoporosis (PMO) in women who cannot take an oral bisphosphonate due to serious intolerance or contraindication.
- For the treatment of osteoporosis in men at high risk of fracture who cannot take an oral bisphosphonate due to serious intolerance or contraindication.

"RAMQ" is the official mark of the *Régie de l'assurance maladie du Québec*.



Prolia is also covered by all private drug plans in Quebec.



References: 1. Régie de l'assurance maladie Québec. Liste de médicaments – Établissements – Modification n°1 et Correction n°1, 32^e édition, entrant en vigueur le 16 août 2018. Accessed August 17, 2018. http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medicaments/demande_medicament_exception_mc.shtml. 2. Prolia Product Monograph. Amgen Canada Inc., June 25, 2019.

RAMQ Form – “How To”

MALE OSTEOPOROSIS

Specify the indication for use.

Form **MUST** indicate that the patient is at a high risk of fracture. Indicate where and when the prior fracture(s) occurred, the T-score with date and any additional risk factors.

Form **MUST** indicate that bisphosphonates cannot be used due to serious intolerance or contraindication.

Imprimer Effacer

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Denosumab (Prolia^{MC}) – Traitement de l'ostéoporose chez l'homme

<p>1 - Personne assurée</p> <p>CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p>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</p>	<p>2 - Prescripteur</p> <p>NOM ET PRÉNOM _____ N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE _____</p> <p>ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ BUREAU _____</p> <p>MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____</p> <p>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____ NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. _____</p>
<p>3 - Médicament visé par la demande</p> <p>NOM DU MÉDICAMENT : DENOSUMAB FORME PHARMACEUTIQUE : Sol. Inj. S.C. (ser) TENEUR : 60 mg/ml POSOLOGIE : _____</p> <p>DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT : _____</p> <p>du ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ ou <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE ou ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____</p> <p>Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____</p>	<p>4 - Renseignements cliniques</p> <p>Indication thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement de l'ostéoporose chez l'homme <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p>Risque de fractures</p> <p><input type="checkbox"/> Élevé</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent de fracture ostéoporotique : ▶ Localisation : _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____</p> <p><input type="checkbox"/> Valeur du score T actuel : _____ ▶ Date de l'évaluation : _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres facteurs de risque. Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p>Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)</p> <p>Bisphosphonate oral <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre du _____ Nom : _____ Précisez : _____ au _____</p> <p>Bisphosphonate oral <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre du _____ Nom : _____ Précisez : _____ au _____</p>

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

8183 235 18/08 Continuez à la p.2 ▶