

**FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR REMBOURSEMENT**SVP envoyer le formulaire  
par télécopieur au :  
1-866-840-1509**Maladies rares : Catena (idébénone)**

Le patient ET le médecin doivent remplir le formulaire. Un formulaire qui n'est pas totalement rempli retardera le traitement de la demande. Veuillez garder une copie du présent document dans vos dossiers.

**Instructions :**

- 1. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT ET REMPLIR TOUTES LES SECTIONS.**
- Le patient/participant au régime doit remplir la section A.
- Votre médecin doit remplir la section B. S'il y a lieu, tous les frais qu'il demandera pour remplir le présent formulaire seront à votre charge.
- Retournez le formulaire à votre compagnie d'assurance par l'entremise des Services de pharmacie de TELUS Solutions en santé, fournisseur de service de votre compagnie d'assurance par télécopieur : **1 866 840-1509**, OU par adresse postale : 4141, Dixie Rd., P.O. Box 41154, Mississauga (Ontario) L4W 5C9.
- Pour toute question au sujet de l'application de ce programme, de la décision de remboursement, ou encore pour vérifier l'état du traitement de votre demande, veuillez communiquer avec votre assureur.

**A. Renseignements devant être fournis par le patient**

Nom de l'employé ou du participant au régime	Numéro de carte d'assurance-médicaments	
Nom du patient	Date de naissance du patient (J/M/A) / /	Lien de parenté avec le participant au régime (encercler) Participant    Conjoint    Personne à charge

**Nous vous communiquerons une réponse dans les 2 jours ouvrables - du lundi au vendredi entre 9 h et 16 h, heure de l'Est - suivant la date à laquelle nous aurons reçu tous les renseignements nécessaires à la prise de décision.**

Veuillez sélectionner UNE méthode pour communiquer avec vous et indiquer vos coordonnées :

- Envoyez-moi un courriel à : \_\_\_\_\_  
 Appelez-moi (et laissez-moi un message si je ne réponds pas) au : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Envoyez-moi une télécopie au : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Communiquez avec ma pharmacie : (nom de la pharmacie) \_\_\_\_\_ (n° tél.) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pour autant que je sache, je certifie que l'information que j'ai fournie est véridique, juste et complète. J'autorise ma compagnie d'assurance et TELUS Solutions en santé. (fournisseur de service de ma compagnie d'assurance), ainsi que leurs représentants, agents et fournisseurs de service autorisés, à utiliser l'information nécessaire pour la souscription, l'administration et le règlement de réclamations et à échanger cette information avec toute personne ou organisme disposant d'information portant sur cette réclamation, y compris les professionnels de la santé, les établissements et les organismes d'enquête en cas de vérification. En ce qui concerne la demande soumise, j'autorise ma compagnie d'assurance et/ou TELUS Solutions en santé. (fournisseur de service de ma compagnie d'assurance) à communiquer avec tout médecin, établissement, pharmacie ou personne me connaissant ou ayant des dossiers sur ma santé.

SIGNATURE DU PATIENT/PARENT/TUTEUR : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

**B. Renseignements devant être fournis par le médecin prescripteur**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Concentration : \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Catena sera admissible à un remboursement seulement si le patient répond au critère indiqué ci-dessous et si ce dernier n'est pas admissible à la couverture d'un autre régime d'assurance-médicaments ou d'un programme gouvernemental. Si le patient est couvert par un autre régime d'assurance-médicaments ou un programme gouvernemental, le programme d'autorisation préalable, partie intégrante des prestations médicaments, pourrait prendre en charge la portion non assumée par le régime principal. Cependant, si l'option « Aucun des critères ci-dessus ne s'applique » est cochée, le patient ne sera pas admissible à un remboursement.

Veuillez indiquer si le patient répond au critère indiqué:

- Peut être utile dans le traitement symptomatique des patients souffrant d'Ataxie de Friedreich.

OU

- Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents \_\_\_\_\_

Nom du médecin	N° de licence	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse	Ville	Province	Code postal
Signature du médecin		Date (J/M/A)	

La version la plus récente de ce formulaire remplace toutes les versions précédentes. Il peut être modifié sans préavis et nous nous réservons le droit d'accepter seulement la version courante. Dernière révision : novembre 2011. CAF-1111