

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR REMBOURSEMENT

Maladies rares : Kuvan (saproptérine)

S. V. P. envoyer le formulaire
par télécopieur au :
1-866-840-1509

Le formulaire doit être rempli par le patient ET le médecin. Votre demande pourrait être refusée si tous les champs du formulaire ne sont pas remplis. Veuillez garder une copie du présent document dans vos dossiers.

Instructions :

1. **VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT ET REMPLIR TOUTES LES SECTIONS.**
2. Le patient/participant au régime doit remplir la section A.
3. 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.
4. 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 au **1 866 840-1509** OU par la poste au 4141, Dixie Rd., P.O. Box 41154, Mississauga (Ontario) L4W 5C9.
5. Pour toute question au sujet de la mise en 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.

Veillez 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 répons pas) au : (____) _____
- Envoyez-moi une télécopie au : (____) _____
- Communiquez avec ma pharmacie : (nom de la pharmacie) : _____ N° tél. : (____) _____

Je certifie avoir fourni de l'information véridique, juste et complète au mieux de mes connaissances. 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. 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 afin de discuter de la demande soumise.

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

B. Renseignements devant être fournis par le médecin prescripteur

Nom du médicament : _____ Concentration : _____ Dose : _____

Kuvan pourra être remboursé seulement si le patient répond à tous les critères énumérés 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 par un programme gouvernemental, le programme d'autorisation préalable, qui fait partie de votre régime d'assurance-médicaments, pourrait rembourser la partie non couverte par le régime principal. Cependant, si la case « aucun des critères ci-dessus ne s'applique » est cochée, le patient ne sera pas admissible à un remboursement.

Veillez indiquer si le patient répond aux critères suivants :

- Kuvan est utilisé pour réduire le taux de phénylalanine (PHE) en combinaison avec un régime pauvre en PHE chez un patient de quatre ans ou plus atteint d'hyperphénylalaninémie (HPA) en raison d'une phénylcétonurie (PCU) réagissant à un apport en tétrahydrobioptérine (BH4).
- Le patient est inscrit au programme de mise en route du traitement par Kuvan géré par Innomar Strategies inc.
- Après un essai de quatre semaines du traitement par Kuvan, le taux de PHE du patient a baissé de plus de 30 % ou a baissé de moins de 30 %, mais se situe dans les limites ciblées par le National Institute of Health (c.-à-d. de 120 à 360 µmol/L pour les patients de 12 ans ou moins; de 120 à 600 µmol/L pour les patients de plus de 12 ans), ou encore le patient montre des améliorations cliniques importantes.
- Une diminution du taux de PHE est observée après au moins quatre semaines de traitement par Kuvan.

OU

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

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. KUF-1111