

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR REMBOURSEMENT
Modificateur de la réponse biologique : Kineret^{MD} (anakinra)

SVP envoyer le formulaire
 par télécopieur au :
 1-866-840-1509

Le patient ET le médecin doivent remplir le formulaire. Tous les champs du formulaire sont obligatoires et doivent être remplis. Si le formulaire n'est pas rempli en entier, votre demande pourrait être refusée. 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 d'Emergis Inc., 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.
5. 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.

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 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 Emergis Inc. (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 Emergis Inc. (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: _____

Kineret^{MD} 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.

Veillez indiquer si le patient répond au critère indiqué:

- La réduction des signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients de 18 ans et plus.
- Pour inhiber l'évolution des lésions structurelles en freinant les érosions et la dégradation du cartilage chez les patients qui présentent une polyarthrite rhumatoïde évolutive malgré un traitement par doses stables de méthotrexate.

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) | |