

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR REMBOURSEMENT

Modificateur de la réponse biologique : Remicade^{MD} (influximab)

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: _____

Remicade^{MD} sera admissible à un remboursement seulement si le patient répond à l'un des critères 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 à l'un des critères suivants :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, le freinage de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes présentant des poussées évolutives des formes modérées ou graves de polyarthrite rhumatoïde.
- Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives de la spondylarthrite ankylosante et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de cette maladie dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante ou qui le tolèrent mal.
- Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes modérées à graves de la maladie de Crohn, chez les adultes et les enfants dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez ces patients. L'innocuité et l'efficacité de Remicade^{MD} n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 9 ans.
- Pour le traitement de la maladie de Crohn avec fistulisation, chez les adultes réfractaires à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes modérées à graves de la colite ulcéreuse ainsi que pour l'induction de la rémission clinique, l'induction de la guérison de la muqueuse et la réduction de l'utilisation ou l'arrêt des corticostéroïdes chez les patients dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.
- Pour la diminution des signes et des symptômes, induction d'une importante réponse clinique, inhibition de la progression des dommages structuraux associés à l'arthrite en phase active et amélioration des capacités fonctionnelles chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique.
- Pour le traitement des adultes atteints de formes modérées ou graves de psoriasis en plaques chroniques et candidats à un traitement systémique; chez les patients atteints d'une forme modérée de psoriasis en plaques chroniques, Remicade^{MD} ne devrait être entrepris que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée.

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

Nom du médecin	Numéro de permis d'exercice	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse	Ville	Province	Code postal
Signature		Date (JJ/MM/AAAA)	

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 : juillet 2010. RMF-1007