

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR REMBOURSEMENT

Traitement contre l'asthme : Xolair (omalizumab)

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 : _____

Xolair 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 :

- Le patient est âgé de 12 ans ou plus et souffre d'asthme persistant modéré à grave.
- Il a réagi lors d'un test cutané ou in vitro à un allergène présent dans l'air toute l'année, et son taux d'IgE sérique se situe entre 30 et 700 UI/mL.
- Les symptômes du patient ne sont pas suffisamment réduits par les corticostéroïdes administrés par inhalation en dose adéquate.
- Le patient doit avoir essayé au moins deux des classes de médicaments suivantes en vain avant d'essayer Xolair : les bêta 2-agonistes à longue durée d'action (p. ex., le salmétérol et le formotérol) combinés aux corticostéroïdes pour inhalation, les antagonistes des récepteurs des leucotriène (p. ex., le zafirlukast et le montelukast) et la théophylline.

OU

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

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