



**Formulaire d'autorisation préalable  
Amevive® (alefacept)  
Veuillez télécopier ce formulaire au 905 712-6329**

**Section I : Doit être remplie par le patient ou l'adhérent**

Nom du patient :	Date de naissance :
Nom de l'assureur :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
N° de groupe :	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Pers. à charge
N° de certificat :	N° tél. :
Adresse :	

**À l'adhérent (ou à son tuteur) :**

Afin que ce formulaire soit traité sans délai, veuillez remplir la présente section et apporter le formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse.

AUTORISATION : En mon nom et au nom des personnes à ma charge, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance collective et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'à des fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance collective. Ce consentement restera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts en vertu du contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à des prestations dans le cadre dudit contrat, de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Section II : Doit être remplie par le médecin prescripteur**

Docteur,

Veuillez nous transmettre les renseignements demandés par l'assureur sur l'état de santé et les antécédents pharmacologiques de votre patient en vue du remboursement de Amevive®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Amevive® peut être remboursé uniquement si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments et s'il répond aux TROIS critères énumérés ci-dessous.

**Veuillez cocher les cases qui s'appliquent :**

- Traitement d'un patient souffrant de psoriasis en plaques chronique de degré modéré ou grave et qui est un bon candidat à la photothérapie ou au traitement par voie générale.
- Le patient a montré une réponse adéquate ou une intolérance à au moins un des quatre traitements suivants : l'acitrétine, le méthotrexate, la cyclosporine et la photothérapie.
- Le patient est traité par un dermatologue.

**Veuillez énumérer les médicaments déjà utilisés :** \_\_\_\_\_

Nom du médecin :	N° téléphone :
Adresse :	N° télécopieur :
	N° permis d'exercice :
	Spécialité :

Souhaitez-vous être informé de notre décision?  Oui  Non Le cas échéant, de quelle façon?  Télécopieur  Poste

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par ESI Canada. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient. **Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au 905 712-6329 ou par la poste à : ESI Canada, Service des listes et programmes, 5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**

**À L'USAGE EXCLUSIF DE ESI CANADA**

Code de référence de l'AP : \_\_\_\_\_  Approuvée  Refusée  Formulaire incomplet Revu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Mise à jour : mars 2008