



**Formulaire d'autorisation préalable
Botox® (toxine botulinum de type A)
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 Botox®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Botox® peut être remboursé si le patient n'est pas admissible à tout autre régime d'assurance médicaments et si le patient utilise le médicament dans le cadre du traitement d'une indication approuvée par Santé Canada. L'utilisation de Botox® pour d'autres raisons (c.-à-d., y compris mais sans s'y limiter, le traitement des rides, des lignes d'expression ou de la migraine) ne sera pas remboursé.

Veuillez cocher les indications d'utilisation pour le patient :

- Blépharospasme** : Le patient est âgé de 12 ans ou plus, et est soigné pour un blépharospasme associé à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII.
- Dystonie cervicale** : Pour atténuer les symptômes subjectifs et les signes objectifs de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique) chez l'adulte
- Spasticité focale** : Prise en charge de la spasticité focale, y compris pour le traitement de la spasticité des membres supérieurs associée à l'AVC chez l'adulte.
- Pied bot équin dynamique** : Le patient est âgé de 2 ans ou plus et est traité pour le pied bot équin dynamique résultant de la spasticité chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.
- Hyperhidrose** : Pour traiter l'hyperhidrose axillaire.
- Strabisme** : Le patient est âgé de 12 ans ou plus et est traité pour le strabisme paralytique chronique.

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^e 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