

Formulaire d'autorisation préalable - Médicaments anticancéreux

Veillez 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 admissibles, 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,

Veillez 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 certains médicaments anticancéreux. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Les médicaments anticancéreux peuvent être remboursés uniquement si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments et s'il utilise le(s) médicament(s) conformément aux indications de Santé Canada. **Pour que le médicament soit autorisé et remboursé, vous devez fournir tous les renseignements qui sont demandés ainsi que les renseignements additionnels que vous jugez appropriés.**

Nom du médicament breveté :
Type de cancer et stade du traitement (p. ex. stade III d'un cancer du poumon) :
Posologie, fréquence et nombre de cycles :
Autres thérapies ou médicaments anticancéreux pris en lien avec le médicament anticancéreux faisant l'objet de la présente autorisation préalable, le cas échéant :
Thérapie déjà essayée (notamment la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie) :
Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui Quelle a été la réponse du régime en question? _____ <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? _____
Endroit où le médicament sera administré : _____ Province : _____ Nom de l'établissement de soins de santé : _____
Souhaitez-vous être informé de notre décision? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le cas échéant, de quelle façon? <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Poste

Nom du médecin :	N° tél. :	N° téléc. :
Adresse :		
Signature du médecin :	N° de permis d'exercice :	Date :

Veillez 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. **Veillez 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

Approuvée Refusée Formulaire incomplet

Revu par : _____ Date : _____ Mise à jour : juillet 2009