



**Formulaire d'autorisation préalable
Ilaris (canakinumab)
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° de 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'aux 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 Ilaris. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Ilaris 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 à au moins un des critères énumérés ci-dessous.

Veuillez cocher les cases appropriées :

Le patient reçoit ou recevra le traitement en milieu hospitalier. Oui Non

Veuillez cocher les cases qui s'appliquent :

- Pour traiter les syndromes périodiques associés à la cryopyrine (SPAC), chez les adultes et les enfants âgés de 4 ans et plus, particulièrement les suivants :
 - Urticaire familiale au froid ou syndrome familial auto-inflammatoire au froid (SFAF)
 - Syndrome de Muckle-Wells (MWS)
 - Syndrome ou Maladie inflammatoire multisystème à début néonatal (NOMID)/Syndrome neurologique, cutané et articulaire chronique infantile (CINCA). Nota : Les données cliniques à l'appui de l'utilisation de Ilaris pour les patients qui présentent ce phénotype sont encore peu nombreuses.

Veuillez énumérer les médicaments déjà utilisés : _____

Nom :	N° de téléphone :
Adresse :	N° de télécopieur :
	N° de 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.**