

**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 téléphone :
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,

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 Kuvan. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Kuvan ne pourra être remboursé que si le patient répond aux critères énumérés ci-dessous ET s'il n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments.

**Veillez cocher les cases appropriées :**

- Hyperphénylalaninémie :** Kuvan est indiqué pour la diminution du taux sanguin de phénylalanine chez les patients atteints d'hyperphénylalaninémie (HPA) due à une phénylcétonurie (PCU) attribuable à un déficit en tétrahydrobioptérine (BH4). Une gestion active des apports alimentaires en phénylalanine doit être effectuée pendant la prise de Kuvan.
- Le patient participe au *Programme de départ* pour Kuvan que gère Innomar stratégies.
- Le patient présente une réduction  $\geq 30\%$  des taux sanguins de phénylalanine ou a atteint des objectifs thérapeutiques importants après l'essai de Kuvan.

Veillez indiquer le nombre de jours d'essai avec Kuvan : \_\_\_\_\_

Veillez joindre les documents pertinents (p. ex. les rapports de laboratoire, un résumé des mesures cliniques et de l'efficacité de celles-ci).

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 : \_\_\_\_\_

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<sup>e</sup> étage, Mississauga, (Ontario), L5R 3G5.**