

**Formulaire d'autorisation préalable**  
**Norditropin® SimpleXx® ou Norditropin NordiFlex® (somatropin)**  
**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° 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 Norditropin® SimpleXx® ou Norditropin NordiFlex®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Norditropin® SimpleXx® ou Norditropin NordiFlex® 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. Norditropin® SimpleXx® ou Norditropin NordiFlex® ne peut être remboursé dans le cadre d'un traitement pour contrer le vieillissement ni pour traiter les enfants dont la croissance est normale.

**Veillez cocher les cases appropriées et fournir les renseignements demandés :**

- Enfants - Déficit en hormone de croissance :** Traitement de longue durée de l'enfant présentant un trouble de croissance en raison d'un problème de sécrétion de l'hormone de croissance endogène.
- Enfants - Traitement des troubles de croissance :** Traitement des troubles de croissance (écart type pour la taille actuelle < -2) chez les enfants de petite taille nés petits pour l'âge gestationnel avec un poids et (ou) une taille à la naissance inférieurs à -2 écarts types et qui ne sont pas parvenus à rattraper leur retard de croissance (score de déviation standard pour la vitesse de croissance < 0 pendant la dernière année) à l'âge de 2 ans ou au-delà.

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 transmettre 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.**