



Formulaire d'autorisation préalable
Omnitrope® (somatropine)
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 Omnitrope®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Omnitrope® 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. Omnitrope® ne sera pas remboursé s'il est utilisé à des fins d'anti-vieillessement ou chez un enfant ne souffrant pas de retard de croissance.

Veillez cocher les indications d'utilisation pour le patient :

- Enfants – Déficit en hormones 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.
- Adultes – Déficit en hormones de croissance :** Traitement de substitution de longue durée chez l'adulte présentant un déficit en hormone de croissance en raison d'une maladie hypothalamique ou hypophysaire sous jacente, ou ayant présenté un trouble de croissance pendant l'enfance. Le déficit en hormone de croissance devrait être confirmé par un test de stimulation adéquat provoquant la sécrétion de l'hormone de croissance.

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? Télécopier 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^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 : _____