



**Formulaire d'autorisation préalable**  
**Somavert<sup>MC</sup> (pegvisomant)**  
**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, 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 Somavert<sup>MC</sup>. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Somavert<sup>MC</sup> 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.

**Veillez cocher l'une des cases suivantes :**

- J'ai prescrit le médicament en question pour le traitement de l'acromégalie.
- Le patient n'a pas bien répondu à la chirurgie ou à la radiothérapie.
- Le patient n'a pas bien répondu aux traitements conventionnels (p. ex., Sandostatin<sup>®</sup> LAR<sup>®</sup>, Sandostatin<sup>®</sup>, acétate d'octréotide, et Somatuline<sup>®</sup> Autogel<sup>®</sup>)
- La chirurgie, la radiothérapie et les traitements conventionnels sont inappropriés pour le patient.

**Veillez énumérer les médicaments déjà utilisés :** \_\_\_\_\_

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?  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.**

**À L'USAGE EXCLUSIF DE ESI CANADA**

Code de référence de l'AP : \_\_\_\_\_  Approuvée  Refusée  Formulaire incomplet Revu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Mise à jour : mars 2008