

Demande d'autorisation préalable relative à un médicament d'ordonnance Génotropine (somatropine)

IMPORTANT : L'évaluation de votre réclamation pourrait être retardée si ce formulaire est incomplet ou s'il contient des erreurs. Si votre réclamation est approuvée, la date d'entrée en vigueur de la couverture correspondra à la date d'approbation de la demande d'autorisation préalable. Les réclamations pour une couverture avant la date d'approbation ne seront considérées que sur une base exceptionnelle. L'approbation de la couverture pour ce médicament pourrait être réévaluée à tout moment à la discrétion de la compagnie d'assurance.

Cette section doit être remplie par le participant (et par le patient s'il est différent du participant).

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT			
Nom du participant (prénom, deuxième prénom, nom) :		N° de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Adresse courriel :
Nom de l'employeur :		N° de contrat :	N° d'identification du participant :
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom du participant (prénom, deuxième prénom, nom) :		Lien avec le participant :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :			
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :
N° de téléphone : () - Poste :	Adresse courriel :		
COORDINATION DES PRESTATIONS			
A. Autre couverture			
Le patient possède-t-il une autre couverture?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, la couverture est fournie par (indiquez la compagnie d'assurance) :		Si oui, indiquez le n° de contrat :	Si oui, indiquez le n° d'identification du participant :
B. Programme d'aide aux patients			
Le patient est-il inscrit à un programme d'aide aux patients?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, indiquez le nom du programme :	Si oui, indiquez le nom de la personne-ressource du programme :	Si oui, indiquez le numéro de téléphone de la personne-ressource : () - Poste :	
C. Couverture par le régime de santé provincial			
Une demande de remboursement a-t-elle été soumise en vertu du régime de santé provincial?			
☐ Oui – Veuillez joindre une copie de votre approbation ou de votre refus		☐ Non – Veuillez expliquer brièvement pourquoi aucune demande n'a été soumise :	
AUTORISATION DU PATIENT ET DU PARTICIPANT – (* Si le patient est âgé de moins de 16 ans, la signature d'un tuteur légal est requise.)			
J'autorise le Programme d'autorisation préalable des Solutions Santé (le « Programme ») à utiliser les renseignements personnels divulgués dans ce formulaire, ainsi que toute autre information personnelle connue du Programme concernant le patient nommé ci-haut, dans le but de participer aux services de ce programme et à communiquer avec, à obtenir de tels renseignements personnels de et à divulguer lesdits renseignements personnels à, tout médecin, pharmacien, autre professionnel de la santé ou mandataire connaissant l'état de santé du patient relativement à cette demande et à toute autre réclamation connexe. Je consens à être contacté par le Programme par téléphone, message texte ou courriel et au transfert de renseignements personnels par téléphone, télécopieur ou courriel entre le Programme, mon assureur et mon prestataire de soins de santé aux fins d'établir mon admissibilité au Programme et à la prestation des services du Programme. Les courriels et les messages texte sont des moyens de communication qui pourraient être utilisés au cours de ma participation au programme et aux services du programme pour me transmettre de l'information sur mon statut ainsi que des avis et des rappels. Je reconnais que ni les courriels ni les messages texte ne sont des moyens de communication sûrs. La communication par voie électronique est à ma discrétion et je peux décider de ne plus communiquer de cette façon en tout temps. Je certifie que les renseignements soumis sont, à ma connaissance, véridiques et complets.			
Signature du patient ou du tuteur légal :		Date (JJ/MM/AAAA)	
Signature du participant :		Date (JJ/MM/AAAA)	

Cette section doit être remplie par le médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN					
Nom du médecin (prénom, deuxième prénom, nom) :		N° de licence		Spécialité :	
Adresse :		Ville :		Province :	Code postal :
N° de téléphone : () - Poste :		N° de télécopieur : () -			
MÉDICAMENT DEMANDÉ POUR AUTORISATION PRÉALABLE					
Nom du médicament : Génotropine (somatropine)		Voie d'administration	Concentration	Posologie	Poids du patient
Le patient prend-il actuellement ou a-t-il déjà pris le médicament demandé pour autorisation préalable? Oui ☐ Non ☐					Durée anticipée du traitement :
Où le médicament sera-t-il administré?					Si oui, indiquez la date de début : (MM/AAAA) :
☐ Domicile	☐ Clinique privée	☐ Cabinet du médecin	☐ Hôpital ☐ Patient hospitalisé ☐ Patient externe		
Si applicable, nom de clinique privée				N° de téléphone de la clinique privée : () -	
Diagnostic détaillé/indication :					
Petite taille pour l'âge gestationnel					
☐ Le médicament est prescrit conformément à l'indication de Santé Canada pour le traitement du retard de croissance (le score d'écart type de la taille actuelle du patient est inférieur à -2). ☐ La taille du patient à la naissance pour son âge gestationnel était petite (le score d'écart type du poids et ou de la taille à la naissance du patient est inférieur à -2). ☐ Le patient n'a pas rattrapé son retard de croissance (le score d'écart type de la vitesse de croissance était inférieur à 0 au cours de l'année dernière) avant l'âge de 2 ans ou plus.					
Syndrome de Turner					
☐ Le médicament est prescrit conformément à l'indication de Santé Canada pour le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner. ☐ Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.					
Petite taille idiopathique (PTI)					
☐ Le médicament est prescrit conformément à l'indication de Santé Canada pour le traitement à long terme de la petite taille idiopathique, également appelée petite taille sans déficience en hormone de croissance. ☐ La taille du patient est d'au moins 2,25 scores d'écart type en dessous de la moyenne pour l'âge et le sexe ☐ Le patient est peu susceptible d'atteindre une taille adulte dans la plage normale ☐ Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.					
Déficience en hormone de croissance chez les adultes					
☐ Le médicament est prescrit conformément à l'indication de Santé Canada pour le remplacement de l'hormone de croissance endogène chez les patients adultes souffrant d'une déficience en hormone de croissance. ☐ Le patient montre un déficit en hormone de croissance, seul ou associé à des déficits hormonaux multiples (hypopituitarisme), en raison d'une maladie de l'hypophyse, d'une maladie de l'hypothalamus, d'une chirurgie, d'une radiothérapie ou d'un traumatisme. OU ☐ Le patient qui présentait un déficit en hormone de croissance pendant son enfance en raison de causes congénitales, génétiques, acquises ou idiopathiques.					
Syndrome de Prader Willi – Pour les demandes de génotropine uniquement					
☐ Le médicament est prescrit conformément à l'indication de Santé Canada pour les patients pédiatriques ayant un retard de croissance causé par le syndrome de Prader-Willi. ☐ Le médicament est utilisé pour améliorer la composition corporelle des enfants atteints du syndrome de Prader-Willi.					
Demande de renouvellement					
Indication: ☐ Petite taille pour l'âge gestationnel ☐ Syndrome de Turner ☐ Petite taille idiopathique (PTI) ☐ Déficience en hormone de croissance chez les adultes ☐ Syndrome de Prader Willi ☐ Le prescripteur confirme que le patient a répondu cliniquement à Génotropine (somatropine) et qu'il doit poursuivre le traitement.					
Médicaments et traitements courants et antérieurs					
Le patient a-t-il déjà pris un médicament ou suivi un traitement pour cette affection? Oui ☐ Non ☐					
Si non, expliquez pourquoi :					

Si oui, utilisez le tableau suivant pour énumérer tous les médicaments ou traitements déjà utilisés pour traiter cette affection

Médicaments et traitements courants et antérieurs	Dose	Date de début (MM/AAAA)	Date de fin (MM/AAAA)	Résultat du traitement
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :
				☐ Inefficace ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Autre :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES QUI SOUTIENNENT L'UTILISATION DE CE MÉDICAMENT

AUTORISATION DU MÉDECIN

Je certifie que je suis un médecin autorisé à exercer la médecine au Canada et que les renseignements fournis dans la présente, ainsi que toute autre déclaration verbale ou écrite que je fournirai à une date ultérieure, sont à ma connaissance véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier d'assurance-maladie collective de l'assureur et du programme d'autorisation préalable, auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, **je consens** à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

Signature du médecin :

Date (JJ/MM/AAAA)

PROCÉDURE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

Dans certains cas, des données diagnostiques ou cliniques supplémentaires peuvent être requises. Les renseignements fournis dans la présente sont considérés comme confidentiels. La présente demande doit être remplie par votre médecin traitant ou un pharmacien, le cas échéant. Si cela comporte des frais, ceux-ci sont assumés par le patient/participant.

VEUILLEZ ENVOYER VOS DEMANDES D'AUTORISATION PRÉALABLE À :

Par télécopieur :

1-844-751-9981

Destinataires : Programme d'autorisation préalable des Solutions Santé

Par la poste :

Programme d'autorisation préalable des Solutions Santé

1685 Tech Ave, Mississauga

Ontario L4W 0A7