

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Olumiant MC ( Baricitinib )

**Instructions:**

1. Section 1 à être complétée par le participant au régime / le patient
2. Section 2 à être complétée par le médecin (les dépenses encourues pour remplir ce formulaire sont aux frais du participant au régime)
3. Section 3 à être complétée par le pharmacien

Veuillez télécopier le formulaire complété à NexgenRx Formulary Management au 1-877-639-4369 ou le poster au 145 The West Mall P.O. Boîte 110 U, Toronto, Ontario, M8Z-5M4

**Section 1 : À être complétée par le patient**

Nom du participant : (Nom, prénom)		Numéro de la carte d'identité :									
Nom du patient : (Nom, prénom)		Date de naissance du patient (jj/mm/aa)				Lien avec le participant (encercler)			CODE DU PATIENT		
						Employé    Conjoint(e)    Dépendant					

**Les résultats de cette demande doivent être communiqués à :**

<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Patient / Tuteur légal indiqué ci-après	<input type="checkbox"/> courriel :
------------------------------------	--	-------------------------------------

**J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser l'information personnelle divulguée dans ce formulaire et toute autre information personnelle connue à NexgenRx Inc. concernant le patient ci-haut mentionné, aux fins d'évaluation de cette demande d'autorisation préliminaire et de toute réclamation relative et à l'administration du régime d'indemnisation en vertu du quel les réclamations pertinentes sont faites et (b) à contacter et à obtenir toute information relative et à divulguer les informations personnelles relatives à tout médecin, pharmacien ou autre professionnel de la santé ayant une connaissance de la santé du dit-patient relative à cette demande et à toute réclamation pertinente.**

Patient / Nom du tuteur légal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du patient / du tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

**Section 2 : À être complétée par le médecin**

Nom du médicament et sa concentration :	DIN:	Instruction de dosage :
---	------	-------------------------

**L'admissibilité au remboursement des médicaments est conditionnelle à ce que le patient se conforme à au moins un des critères de qualification listés ci-après. Si le patient a un autre régime médicament, l'autorisation préliminaire peut couvrir une partie ou tout l'excédent non couvert par le régime primaire.**

- Olumiant pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au ARMM.  
En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de Olumiant en monothérapie.

Nom du médecin : (Nom, prénom)	Numéro de permis de pratique :
Adresse : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : ( ) -
	No. de télécopieur : ( ) -
Signature du médecin :	Date (jj/mm/aa)

**Section 3 : À être complétée par le pharmacien**

Nom du pharmacien :	Numéro du fournisseur :
Adresse du pharmacien : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : ( ) -
	No. de télécopieur : ( ) -
Signature du pharmacien : _____	
Nom du pharmacien : (Nom, prénom) _____ (en lettres moulées)	

**À l'usage exclusif du bureau interne :**

Date de réception :		Date d'approbation et par :
---------------------	--	-----------------------------