# FORMULAIRE D'EXEMPTION DU PASSAGE AUX MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

## INITIATIVE SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES DE L'Î.-P.-É.

**Télécopiez** la demande au 902-368-4905 **OU Postez** la demande à Régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard, C.P. 2000 Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE/LE PATIENT

| | |
|---|---|
| PATIENTE/PATIENT (NOM DE FAMILLE) | PATIENTE/PATIENT (PRÉNOM) |
| DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) | NUMÉRO DE CARTE-SANTÉ |
| ADRESSE POSTALE DE LA PATIENTE/DU PATIENT | |

### SECTION 2 – COORDONNÉES DE LA PERSONNE REMPLISSANT LE FORMULAIRE

☐ La patiente/le patient remplit le formulaire (coordonnées fournies)

**OU**

☐ Je remplis le formulaire au nom de la patiente/du patient :

- ☐ Fournisseur de soins de santé :
  - ☐ Profession : _____
  - ☐ Numéro de permis : _____
  - ☐ Nom : _____
  - ☐ Téléphone : _____
  - ☐ Télécopieur : _____
- ☐ Autre :
  - ☐ Lien avec la patiente/le patient : _____
  - ☐ Nom : _____
  - ☐ Téléphone : _____

### SECTION 2 – RAISON DE LA DEMANDE D'EXEMPTION DU PASSAGE AUX MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

☐ **Grossesse**

- Nom du médicament biologique : _____
- Date de l'accouchement : _____
- La couverture du médicament de référence sera prolongée de 3 mois après la date de l'accouchement. La patiente doit passer aux médicaments biosimilaires au cours de cette période de 3 mois.

☐ **Compatibilité de l'insuline biosimilaire avec la pompe à insuline non démontrée pour l'instant**

- Marque de l'insuline : _____
- Marque et modèle de la pompe : _____
- La couverture de l'insuline de référence sera prolongée jusqu'à ce que la compatibilité de l'insuline biosimilaire avec la pompe soit confirmée.

☐ **Incapacité d'obtenir un rendez-vous avec le médecin prescripteur avant la fin de la période de passage aux médicaments biosimilaires**

- Note – Ne s'applique pas aux patientes et patients prenant de l'insuline qui doivent passer aux médicaments biosimilaires. Une pharmacienne ou un pharmacien peut les aider à passer à l'insuline biosimilaire.
- Nom du médicament biologique : _____
- Nom de la/du médecin prescripteur ou spécialiste : _____
- Date du rendez-vous : _____
- L'autorisation spéciale pour le médicament biologique sera prolongée jusqu'à 1 mois après le prochain rendez-vous.
- **La couverture cesse au-delà du 31 octobre 2024.**

**NOTE :**

- Le Régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard pourrait exiger des documents ou renseignements supplémentaires pour appuyer la présente demande.
- Les renseignements personnels apparaissant dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Health Information Act* (loi sur les renseignements de santé) de l'Île-du-Prince-Édouard étant donné qu'ils sont directement liés et nécessaires à la prestation de services en vertu du Régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements personnels, communiquez avec les bureaux du Régime, au 902-368-4947 ou à l'adresse fournie en en-tête.

### SECTION 3 – DÉCLARATION

- Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, vrais et exacts.
- Je comprends que fournir des renseignements faux pourrait entraîner le recouvrement de tout montant versé.

| | |
|---|---|
| **SIGNATURE (OBLIGATOIRE) :** | **DATE :** |

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS POUR ÊTRE DÛMENT REMPLIS.**