

Formulaire d'autorisation préalable de médicament Ozempic, Rybelsus, Wegovy (sémaglutide), Mounjaro (tirzepatide)

Ce formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement pour médicament.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

La Canada Vie reconnaît et respecte l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection de renseignements personnels ou si vous avez des questions sur les politiques et les pratiques de la Canada Vie en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), consultez canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou des programmes de soutien aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. La Canada Vie se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment, et ce consentement s'étend à toute vérification de ma demande de règlement. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé la Canada Vie à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.

Signature du participant du régime : _____ Date : _____

En raison du nombre élevé de demandes pour ces médicaments, l'évaluation pourrait prendre plus de temps qu'à l'habitude.

Directives pour remplir le formulaire

1. Remplissez les sections dans la partie « Renseignements sur le patient ».
2. Demandez au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».
3. Faites parvenir toutes les pages du formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique (voir les renseignements ci-dessous).

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

Par la poste : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Par télécopieur : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
Télécopieur : 1 833 204-5809

Par courriel : CVAutorisation.Prealable@canadavie.com
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, visitez le site Web de la Canada Vie au canadavie.com ou communiquez avec le Service d'assistance aux clients collectifs au 1 800 957-9777. Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous au 711 pour que la ligne ATS transfère votre message au téléphoniste, ou au 1 800 855-0511 pour parler au téléphoniste qui enverra votre message vers la ligne ATS.

(Suite à la page suivante)

Renseignements sur le patient Ozempic, Rybelsus, Wegovy (sémaglutide), Mounjaro (tirzepatide)

Renseignements fournis par le participant de régime – Remplissez toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Participant de régime :		Nom du patient :	
Nom du régime :	Numéro de régime :	Numéro d'identification du participant de régime :	
Date de naissance du patient (JJ-MM-AAAA) :		Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :	

Veuillez indiquer votre numéro de téléphone et préciser les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Peut-on communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.)

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel : _____

Veuillez indiquer si vous avez déjà pris ce médicament

Le patient a-t-il déjà pris ou prend-il actuellement ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, a) indiquez la date de début (JJ-MM-AAAA) : _____

b) précisez qui couvre ce médicament : _____

(si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de ce médicament)

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un autre régime collectif

Le patient a-t-il une assurance médicaments aux termes d'un autre régime collectif? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'autre compagnie d'assurance : _____

Si l'autre régime est détenu auprès de la Canada Vie, indiquez le numéro du régime et le numéro d'identification du participant : _____

Nom du participant de régime : _____

Lien avec le patient : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus :

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un régime provincial ou détenez une protection d'une autre source

Pour Ozempic, les patients couverts au titre des programmes d'assurance médicaments provinciaux suivants doivent envoyer une demande de règlement au régime provincial en premier :

Programme d'assurance médicale complémentaire pour les personnes âgées de l'Alberta, régime d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique, Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, régime d'assurance médicaments de la Saskatchewan

Une confirmation écrite de l'approbation ou du refus doit être soumise avec le présent formulaire de demande.

Le patient est-il couvert par un régime provincial ou détient-il une protection d'une autre source? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom du régime ou de l'autre source : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus : _____

Le patient reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? Oui Non

Renseignements fournis par le médecin Ozempic, Rybelsus, Wegovy (sémaglutide), Mounjaro (tirzepatide)

Note à l'intention du médecin : Afin d'évaluer la demande de règlement pour ce médicament, nous avons besoin de renseignements détaillés sur l'historique des médicaments d'ordonnance du patient, comme il est demandé ci-dessous.

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. *LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.*

Renseignements fournis par le médecin (en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin prescripteur :

Spécialité :

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :

Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) :

1. Dose prescrite et posologie :

- Ozempic : 0,25 mg une fois par semaine pour les semaines 1 à 4, puis 0,5 mg une fois par semaine par la suite. Après 4 semaines, la dose peut passer à 1 mg une fois par semaine, au besoin. Après 4 semaines, la dose peut passer à 2 mg une fois par semaine, au besoin.
- Rybelsus : 3 mg par jour pendant 30 jours, puis 7 mg par jour par la suite. La dose peut être augmentée à 14 mg par jour après 30 jours, au besoin.
- Mounjaro : 2,5 mg une fois par semaine pour les semaines 1 à 4, puis 5 mg une fois par semaine par la suite. La dose peut être augmentée à 15 mg une fois par semaine, au besoin.
- Wegovy : 0,25 mg une fois par semaine pour les semaines 1 à 4, 0,5 mg une fois par semaine pour les semaines 5 à 8, 1 mg une fois par semaine pour les semaines 9 à 12, 1,7 mg une fois par semaine pour les semaines 13 à 16, et la dose d'entretien de 2,4 mg une fois par semaine à partir de la semaine 17.

2. Indication approuvée par Santé Canada (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) : _____

- Diabète sucré de type 2
 - Ozempic
 - Rybelsus
 - Mounjaro

À noter : Les médicaments Ozempic, Rybelsus et Mounjaro ne sont pas couverts pour la gestion du poids à long terme.

- Gestion du poids à long terme
 - Wegovy

À noter : Wegovy n'est pas couvert au titre de tous les régimes de garanties. Veuillez demander au patient de vérifier si le médicament est couvert avant de soumettre la demande. Il peut utiliser l'outil Recherche d'un médicament dans macanadavieautravail.com.

Répondez aux questions 1 à 5 et remplissez la partie « Renseignements sur le médecin ».

- Autre indication (approuvée par Santé Canada) : _____

Répondez aux questions 1 à 5 et remplissez la partie « Autre affection (approuvée par Santé Canada) ».

- 3. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament? À la maison Au bureau du médecin Dans une clinique privée À l'hôpital (hospitalisation) À l'hôpital (consultation externe)
- 4. Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament de la même classe thérapeutique.

Renseignements fournis par le médecin Ozempic, Rybelsus, Wegovy (sémaglutide), Mounjaro (tirzepatide)

Renseignements fournis par le médecin (suite) (en caractères d'imprimerie)

5. Historique des médicaments et des traitements prescrits – à remplir pour chaque demande.

Médicaments et traitements courants et antérieurs	Dose	Date de début (jj-mm-aaaa)	Date d'arrêt (jj-mm-aaaa)	Résultats cliniques
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____

Ozempic/Rybelsus/Mounjaro pour le diabète sucré de type 2

Pour être admissible à la protection, le patient doit répondre à tous les critères suivants :

Le taux de HbA1c du patient est-il égal ou supérieur à 7,0 %? Oui Non

Le patient a-t-il de la difficulté à contrôler sa glycémie adéquatement malgré une diète et des exercices? Oui Non

Est-ce que le patient a eu une réaction insatisfaisante à la dose maximale tolérée de metformine? Oui Non

Dans la négative, veuillez donner des précisions :

Le patient a-t-il une contre-indication à la metformine? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions : _____

ET

Le patient a-t-il fait l'essai d'un autre agent antidiabétique? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions : _____

Sélectionner l'énoncé applicable :

- La dose d'Ozempic n'excédera pas 2 mg par semaine.
- La dose de Rybelsus n'excédera pas 14 mg par jour.
- La dose de Mounjaro n'excédera pas 15 mg par semaine.

Le médicament demandé sera-t-il pris en association avec un autre agoniste du récepteur du GLP-1? Oui Non

Veuillez vous assurer que le tableau de l'historique des médicaments et des traitements prescrits est rempli.

Wegovy pour la gestion du poids à long terme

Demande initiale

Pour être admissible à la protection, le patient doit répondre à tous les critères suivants :

La prise de Wegovy sera-t-elle accompagnée d'un régime réduit en calories et d'une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme? Oui Non

Est-ce que Wegovy sera pris en association avec d'autres médicaments contenant du sémaglutide ou un autre agoniste du récepteur du GLP-1? Oui Non

Pour les adolescents (âgés de 12 à 17 ans) :

Le patient a-t-il un IMC supérieur ou égal au 95^e percentile pour son âge et son genre? Oui Non

Poids actuel : _____ kg Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa): _____

Pour adultes :

Poids actuel : _____ kg Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa): _____

Indice BMI actuel : _____ kg/m² Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa): _____

Le patient est-il atteint d'une des comorbidités suivantes? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle
- Apnée obstructive du sommeil
- Diabète sucré de type 2

Renseignements fournis par le médecin (suite) (en caractères d'imprimerie)

Wegovy pour la gestion du poids à long terme (suite)

Demande de renouvellement

Pour être admissible à la protection, le patient doit répondre à tous les critères suivants :

La prise de Wegovy sera-t-elle accompagnée d'un régime réduit en calories et d'une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme? Oui Non

Le patient a-t-il perdu au moins 5 % de son poids et maintenu ce poids? Oui Non

Poids actuel : _____ kg Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa): _____

Autre affection (approuvée par Santé Canada)

Veuillez fournir tous les renseignements pertinents relativement à l'affection et joindre tous les documents à l'appui.

Date de début du traitement (jj/mm/aaaa) : _____

Veuillez décrire la réaction du patient au traitement, particulièrement en ce qui a trait aux signes et aux symptômes à l'apparition de la maladie.

Joignez à la présente des copies des résultats d'examen pertinents, des rapports de consultation avec un spécialiste ou des notes cliniques.

Note à l'intention du médecin : La Canada Vie pourrait exiger que votre patient se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable dans une pharmacie désignée pour qu'il puisse obtenir un remboursement. Le cas échéant, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus de renseignements.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Numéro d'immatriculation : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification. Une fois rempli, ce formulaire doit être retourné à la Canada Vie par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

En raison du nombre élevé de demandes pour ces médicaments, l'évaluation pourrait prendre plus de temps qu'à l'habitude.

Par la poste : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Par télécopieur : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
Télécopieur : 1 833 204-5809

Par courriel : CVAutorisation.Prealable@canadavie.com
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments