

i PROCÉDURES POUR LES AUTORISATIONS PRÉALABLES

Les formulaires remplis peuvent être envoyés par télécopieur en toute confidentialité au 1-514-286-8480 (résidents du Québec) ou au 1-844-661-2640 (résidents des autres provinces).

Une fois reçue, cette demande sera examinée en toute confidentialité conformément aux critères de paiement élaborés par Croix Bleue Medavie de concert avec les consultants en soins de santé indépendants. Dans certains cas, des renseignements cliniques ou sur le diagnostic supplémentaires pourraient être demandés afin de traiter votre demande.

Pour les résidents du Québec, les critères d'autorisation préalable sont ajustés pour répondre aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

- L'autorisation préalable est un processus de préautorisation permettant de déterminer si certains produits seront remboursés en vertu du régime de l'adhérent.
- Veuillez remplir le formulaire en entier. Les formulaires incomplets ne peuvent être traités.
- **Pour certains médicaments, l'approbation du remboursement peut être conditionnelle à la confirmation de l'inscription au programme de soutien pour les patients.**
- Les autorisations préalables peuvent être limitées à une période précise ou à une certaine quantité de médicaments. Certains régimes Croix Bleue Medavie pourraient exiger que vos médicaments nécessitant une autorisation préalable soient achetés dans une pharmacie partenaire*. Si votre demande d'autorisation préalable est acceptée, un gestionnaire de cas pourrait communiquer avec vous, votre médecin ou votre programme de soutien pour les patients afin de fournir des renseignements au sujet du programme et pour faire transférer votre ordonnance à une pharmacie partenaire.
**N'est pas offert au Québec.*
- Lorsqu'elle refuse une demande d'autorisation préalable, Croix Bleue Medavie ne refuse que le paiement d'un produit; elle ne remet pas en cause l'opinion du médecin et n'émet pas non plus une opinion médicale.
- L'adhérent est responsable de payer les frais engagés pour remplir ce formulaire ou pour l'obtention de renseignements médicaux supplémentaires.
- Le renouvellement d'une autorisation préalable sera pris en considération par Croix Bleue Medavie à la demande du patient ou de l'adhérent. La demande de renouvellement doit comprendre les renseignements fournis par le médecin précisant la nécessité de poursuivre l'utilisation du médicament en question.
- La couverture des autorisations préalables dépend de votre statut continu en tant que titulaire de police ou bénéficiaire de Croix Bleue Medavie.
- S'il s'agit d'une demande en vertu de la *Mesure du patient d'exception* pour un résident du Québec, veuillez également joindre le formulaire de *Patient d'exception* dûment rempli que vous pouvez trouver ici : www.medaviebc.ca/fr/resources, en plus du présent formulaire.
- Si vous voulez obtenir plus d'information sur notre réseau centré sur le patient, notamment sur la façon dont votre programme de soutien pour les patients peut s'intégrer à nos nouvelles procédures améliorées pour les autorisations préalables, veuillez envoyer un courriel à : reseaupatient@medavie.croixbleue.ca.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE COORDONNATEUR

Cette section doit être remplie par le professionnel qui coordonne la demande au nom de l'adhérent (programme de soutien pour les patients, coordonnateur de soins pour le cancer ou pharmacie).

Préférence pour la communication de la décision : ☐ Fax, numéro : _____ ☐ Téléphone, numéro : _____

Nom du programme ou de la pharmacie : _____

Nom de la personne-ressource : _____ Courriel : _____

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**Partie A**

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
(jj/mm/aaaa)

Adresse courriel du patient (ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur) : _____

Adresse : _____ No. unité : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

Possédez-vous une couverture d'assurance maladie valide dans votre province de résidence? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà acheté ce médicament sur ordonnance? ☐ Oui ☐ Non

Veillez joindre le reçu de votre paiement intégral au présent formulaire de demande. Si vous avez déjà présenté votre reçu à Croix Bleue Medavie, veuillez indiquer la date du reçu le moins récent : _____
(jj/mm/aaaa)

Partie B – Coordination des prestations

Est-ce que vous ou une personne à charge bénéficiez d'une couverture pour ce médicament en vertu d'un autre régime ou programme? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est Oui, précisez : Numéro de police : _____ Assureur : _____
(Le cas échéant, veuillez joindre l'explication des garanties de l'autre assureur avec le formulaire rempli)

Si le patient est une personne à charge, veuillez fournir le jour et le mois de naissance du titulaire de la police chez l'autre assureur : _____
(jj/mm)

Programme financé par l'État – Avez-vous présenté une demande de couverture à un programme financé par l'État? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est non, veuillez indiquer la raison : _____

Partie C – Autorisation

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à www.cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à www.cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature du patient :

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

Résidents des autres provinces
C.P. 220, MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511. TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec
C.P. 3300, SUCC. B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212. TÉLÉC. : 1-514-286-8480

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3A Inscription au programme de soutien pour les patients (PSP)

Le patient est-il inscrit au programme de soutien pour les patients? ☐ Non ☐ Oui, indiquez le numéro d'ID du programme : _____

Indiquez le nom du programme de soutien pour les patients : _____

Numéro de téléphone du PSP : _____ Numéro de télécopieur du PSP : _____

Nom du produit	Posologie	Dosage	Diagnostic

Poids du patient : _____ ☐ lb ☐ kg Nombre de fioles / seringues utilisées par traitement : _____

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

Diagnostic établi en date du : _____ (jj/mm/aaaa) Le traitement a-t-il été entrepris en milieu hospitalier? ☐ Oui ☐ Non

Où le médicament est-il administré? _____

Indiquez la spécialité du médecin qui a entrepris ou recommandé le traitement : _____

Indiquez si la maladie ou la blessure est liée au travail : ☐ Oui ☐ Non

Pour la demande initiale, veuillez remplir les sections 3B et 3D. Pour les renouvellements, veuillez remplir les sections 3C et 3D.

3B Demande initiale

Veuillez indiquer tous les médicaments qui ont déjà été essayés ou qui n'ont pas été essayés en raison d'une contre-indication. L'information pour les catégories de médicaments suivantes (relatives à chaque diagnostic) doit être fournie, y compris les détails de la contre-indication, le cas échéant.

- Retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents : Genotropin
- Déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée : Genotropin
- Syndrome de Turner : Genotropin
- Petite taille idiopathique : Genotropin

Catégorie	Nom du produit	Dosage	Durée du traitement	Réponse au traitement ou contre-indication

Est-ce que le médicament est prescrit selon les indications de la monographie de Santé Canada? ☐ Oui ☐ Non

*NOTE : Ne pas fournir les résultats des tests génétiques

Indications approuvées par Santé Canada :

1. Retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents

Indiquez si le patient souffre de l'une de ces conditions :

- ☐ Achondroplasie
- ☐ Retard de croissance de type génétique ou familial
- ☐ Autre. Précisez : _____

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
(jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3B Demande initiale (suite)

1. Retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents (suite)

Évaluation médicale :

Croissance : ☐ Terminée ☐ Non terminée

Vitesse de croissance pour l'âge osseux inférieure au 25^e percentile calculée sur une période minimale de douze mois (sauf chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance) :

☐ Oui ☐ Autre. Précisez : _____

Âge osseux du patient : _____ ans

Est-ce qu'il y a une baisse documentée des concentrations sériques d'hormones de croissance? ☐ Oui ☐ Non

Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique :

→ Taux de somatotrophine de la **première** épreuve (date) : _____ µg/L (_____)
(jj/mm/aaaa)

→ Taux de somatotrophine de la **deuxième** épreuve (date) : _____ µg/L (_____)
(jj/mm/aaaa)

2. Déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée

Indiquez la cause de la déficience en hormone de croissance :

- ☐ Déficience acquise à l'âge adulte :
 - ↳ ☐ Secondaire à une maladie hypophysaire ou hypothalamique
 - ☐ Secondaire à un traitement de radiothérapie
 - ☐ Secondaire à un traumatisme
 - ☐ Secondaire à une chirurgie
- ☐ Déficience acquise à l'enfance ou l'adolescence :
 - ↳ ☐ Découlant d'un état congénital
 - ☐ Découlant d'un état héréditaire
 - ☐ Découlant d'un état acquis
 - ☐ Découlant de facteurs idiopathiques

☐ Autre. Précisez : _____

Est-ce qu'il y a une baisse documentée des concentrations sériques d'hormones de croissance? ☐ Oui ☐ Non

Type et mesure de la déficience en hormone de croissance :

Type de déficience	Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique	Épreuve de stimulation pharmacologique effectuée
Déficit isolé en hormone de croissance	Taux de somatotrophine de la première épreuve : _____ µg/L Date : _____ (jj/mm/aaaa)	☐ Test de l'hypoglycémie insulinique
	Taux de somatotrophine de la deuxième épreuve : _____ µg/L Date : _____ (jj/mm/aaaa)	☐ Test au glucagon
Déficit multiple en hormones hypophysaires	Taux de somatotrophine : _____ µg/L Date : _____ (jj/mm/aaaa)	☐ Test de l'hypoglycémie insulinique ☐ Test au glucagon

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 (jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3B Demande initiale (suite)**3. Syndrome de Turner**

- ☐ Diagnostic fondé sur le caryotypage (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X)
- ☐ Diagnostic fondé sur le pyroséquençage à haut débit
- ☐ Autre. Précisez : _____

Âge osseux du patient : _____ ans

4. Retard de croissance chez les enfants nés petits pour leur âge gestationnel

Écart type du poids à la naissance : ☐ Inférieur à -2 ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0

Écart type de la taille à la naissance : ☐ Inférieur à -2 ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0

Vitesse de croissance pendant la dernière année (score de déviation standard) : _____

5. Retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale, chez les enfants et les adolescents

La transplantation rénale est :

- ☐ Faite ou prévue (date) : (_____) ☐ Non prévue
 (jj/mm/aaaa)

Évaluation médicale :

Croissance : ☐ Terminée ☐ Non terminée

Taux de filtration glomérulaire : _____ ☐ mL/s/1,73m² **ou** ☐ mL/min/1,73m²

Résultats du score Z (HSDS) ou Δ score Z :

- Score Z (HSDS) : ☐ -3 écarts types ☐ -2 écarts types ☐ -1 écart type
☐ 0 écart type ☐ 1 écart type ☐ 2 écarts types ☐ 3 écarts types

ou

- Δ Score Z (HSDS)* : ☐ -3 écarts types ☐ -2 écarts types ☐ -1 écart type
 (*lorsque la taille est < 10^e percentile) ☐ 0 écart type ☐ 1 écart type ☐ 2 écarts types ☐ 3 écarts types

6. Petite taille idiopathique

Le patient présente les caractéristiques suivantes (cochez tout ce qui s'applique) :

- ☐ La taille actuelle est inférieure à 2,25 écarts types sous la moyenne pour l'âge
- ☐ La taille prédite à l'âge adulte est peu susceptible de se situer dans la normale (160 cm [63 po] pour les hommes et 150 cm [59 po] pour les femmes)
- ☐ Les épiphyses ne sont pas soudées
- ☐ Les autres causes de petite taille ont été écartées
- ☐ Aucun de ces éléments

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 (jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3B Demande initiale (suite)**7. Syndrome de Prader-Labhart-Willi**

Est-ce que les épiphyses du patient sont soudées? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente les caractéristiques suivantes (cochez tout ce qui s'applique) :

- ☐ La taille actuelle est inférieure à 2,25 écarts types sous la moyenne pour l'âge
- ☐ La taille prédite à l'âge adulte est peu susceptible de se situer dans la normale (160 cm [63 po] pour les hommes et 150 cm [59 po] pour les femmes)
- ☐ Aucun de ces éléments

3C Demande de renouvellement

Veillez fournir toutes les données sur l'évolution de la maladie permettant d'évaluer la réponse au traitement.

Date de l'évaluation initiale (prétraitement) : _____ Date de l'évaluation la plus récente : _____
 (jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

1. Retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents

Âge osseux du patient : _____ ans

Vitesse de croissance ≥ 2 cm/an (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois) :

☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____

Est-ce qu'il y a augmentation des concentrations sériques d'IGF-1 ou maintien des concentrations sériques visées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a un changement documenté de la taille du patient? ☐ Oui ☐ Non

2. Déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée

Est-ce qu'il y a augmentation des concentrations sériques d'IGF-1 ou maintien des concentrations sériques visées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a un changement documenté de la taille du patient? ☐ Oui ☐ Non

3. Syndrome de Turner

Âge osseux du patient : _____ ans

Vitesse de croissance ≥ 2 cm/an (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois) :

☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____

Est-ce qu'il y a augmentation des concentrations sériques d'IGF-1 ou maintien des concentrations sériques visées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a un changement documenté de la taille du patient? ☐ Oui ☐ Non

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 (jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Demande de renouvellement (suite)**4. Retard de croissance chez les enfants nés petits pour leur âge gestationnel**

Effets bénéfiques obtenus : _____

5. Retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale, chez les enfants et les adolescents

Augmentation de Δ du score Z (HSDS) au cours des douze premiers mois du traitement :

☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____

Vitesse de croissance ≥ 2 cm/an (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois) :

☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____

Ossification des cartilages de conjugaison observée :

☐ Oui ☐ Non

Taille finale prévue atteinte :

☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a augmentation des concentrations sériques d'IGF-1 ou maintien des concentrations sériques visées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a un changement documenté de la taille du patient? ☐ Oui ☐ Non

6. Petite taille idiopathique

S'il s'agit d'une première demande de renouvellement, veuillez remplir la section 6a. S'il s'agit d'une demande de renouvellement subséquente, veuillez remplir la section 6b.

6a Première demande de renouvellement

Est-ce que les épiphyses du patient sont soudées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la vitesse de croissance staturale a dépassé la vitesse de croissance staturale initiale par au moins 2,5 cm/an? ☐ Oui ☐ Non

6b Deuxième renouvellement ou renouvellement subséquent

Est-ce que les épiphyses du patient sont soudées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la vitesse de croissance staturale est supérieure à 2 cm/an? ☐ Oui ☐ Non

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

(jj/mm/aaaa)

Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____

Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Demande de renouvellement (suite)

7. Syndrome de Prader-Labhart-Willi

S'il s'agit d'une première demande de renouvellement, veuillez remplir la section 7a. S'il s'agit d'une demande de renouvellement subséquente, veuillez remplir la section 7b.

7a Première demande de renouvellement

Est-ce que les épiphyses du patient sont soudées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la vitesse de croissance staturale a dépassé la vitesse de croissance staturale initiale par au moins 2,5 cm/an? ☐ Oui ☐ Non

7b Deuxième renouvellement ou renouvellement subséquent

Est-ce que les épiphyses du patient sont soudées? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la vitesse de croissance staturale est supérieure à 2 cm/an? ☐ Oui ☐ Non

3D Renseignements supplémentaires

Prière d'indiquer tout renseignement supplémentaire se rapportant à cette demande.

i DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

J'atteste que les renseignements fournis sur toutes les pages de cette demande sont véridiques, exacts et complets.

Prénom : _____ Nom : _____ No. de permis : _____

Spécialité : _____

Clinique : _____

Adresse : _____ No. unité : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____
(jj/mm/aaaa)

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.

Résidents des autres provinces
C.P. 220, MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511. TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec
C.P. 3300, SUCC. B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8480