

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

Veuillez 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
DUPIXENT (DUPILUMAB)			

Poids du patient : _____ ☐ lb ☐ kg Diagnostic établi en date du : _____ (jj/mm/aaaa)

Durée prévue du traitement : _____ Indiquez si la maladie ou la blessure est liée au travail : ☐ Oui ☐ Non

Le traitement a-t-il été initié à l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non Où le médicament est-il administré? _____

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

Le patient prend-il actuellement ce médicament ou l'a-t-il déjà pris? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si oui, indiquez la date de début du traitement : _____ (jj/mm/aaaa)

↳ Et précisez qui couvre ce médicament : _____
(s'il ne s'agit pas de Croix Bleue Medavie, veuillez fournir un reçu de pharmacie de l'achat du médicament)

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.

- Dermite atopique : photothérapie, corticostéroïdes topiques, inhibiteurs topiques de la calcineurine, Rinvoq, Adtralza, Cibinqo
- Asthme sévère : Cinqair, Fasenna, Nucala, Xolair, corticostéroïdes systémiques, corticostéroïdes en inhalation à forte dose, bêta-agonistes à longue durée d'action, antagonistes des récepteurs des leucotriènes, antimuscariniques à longue action en inhalation
- Rhinosinusite chronique sévère : corticostéroïdes intranasaux (Avamys, Beconase, Dymista, Flonase, Nasacort, Nasonex, Omnaris, Rhinocort), corticostéroïdes à action générale
- Œsophagite à éosinophiles : inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), stéroïdes topiques avalés sous forme de comprimés, d'inhalateurs, de vaporisateurs ou de suspensions (budésonide, propionate de fluticasone, furoate de mométasone)
- Prurigo nodulaire : photothérapie, corticostéroïdes topiques, inhibiteurs topiques de la calcineurine

Nom du produit	Dosage	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date d'arrêt (jj/mm/aaaa)	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. Dermite atopique

Est-ce qu'un traitement de photothérapie est indiqué et accessible? ☐ Oui ☐ Non

Échec de la photothérapie : ☐ Oui ☐ Non Nombre de séances : _____ Durée du traitement (nombre de mois) : _____

Indiquez la raison pour laquelle le traitement de photothérapie a dû être interrompu : _____

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. Dermatite atopique (suite)

Score d'intensité maximale du prurit sur l'échelle NRS : _____ Score DLQI : _____ ou score cDLQI : _____

Pourcentage de surface corporelle touchée (BSA) : _____ % Score EASI : _____

Présence de plaques importantes (endroits) : _____

Score PGA (évaluation globale du médecin) :

- ☐ 0 — Aucun signe inflammatoire de dermatite atopique ☐ 1 — Érythème et papules à peine perceptibles
☐ 2 — Érythème et papules légers ☐ 3 — Érythème et papules modérés
☐ 4 — Érythème et papules graves avec ou sans suintement ou formation d'une croûte

2. Asthme sévère

Diagnostic : ☐ Asthme sévère de type 2 ☐ Asthme éosinophile sévère ☐ Asthme nécessitant une corticothérapie orale
☐ Autre. Précisez : _____

Nombre d'éosinophiles dans le sang (date) : _____ cellules/ μ L ou _____ $\times 10^9/L$ (_____)
(jj/mm/aaaa)

Nombre d'exacerbations au cours des 12 derniers mois : _____

↳ Indiquez si les exacerbations ont nécessité :

- ☐ Un traitement de corticostéroïdes systémiques pendant au moins 3 jours
☐ Une augmentation de la dose d'un corticostéroïde systémique chez un patient en reçoit déjà de façon continue
☐ Une consultation aux urgences
☐ Une hospitalisation

Indiquez le résultat à au moins un des questionnaires suivants :

Score ACQ : _____ Score ACT : _____ Score C-ACT : _____ Score SGRQ : _____ Score AQLQ : _____

☐ Patient fumeur ☐ Patient non-fumeur, précisez depuis combien de mois : _____

3. Rhinosinusite chronique sévère

Présence de polypes nasaux bilatéraux : ☐ Oui ☐ Non

Score d'évaluation endoscopique des polypes nasaux (NPS) : Narine gauche : _____ Narine droite : _____

Est-ce que le patient présente des symptômes de rhinosinusite chronique depuis 12 semaines ou plus malgré un traitement par des corticostéroïdes intranasaux? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que le patient a subi une chirurgie nasosinusienne? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si non, est-ce que le patient présente une contre-indication à la chirurgie? ☐ Oui ☐ Non

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)

3. Rhinosinusite chronique sévère (suite)

Présence des éléments suivants :

- ☐ Signe d'inflammation de type 2
 → Nombre d'éosinophiles dans les tissus : _____ par champ à fort grossissement
 → Nombre d'éosinophiles dans le sang : _____ → Nombre total d'IgE : _____
- ☐ Asthme nécessitant la prise régulière de corticostéroïdes en inhalation. Score ACQ : _____
- ☐ Score SNOT-22 : _____ ☐ Perte importante de l'odorat

4. Œsophagite à éosinophiles

Est-ce que le patient a subi une biopsie endoscopique? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si oui, quelle est la numération maximale des éosinophiles par champ à fort grossissement? _____

Score au questionnaire sur les symptômes de dysphagie (DSQ) : _____

ou

Score au questionnaire pédiatrique sur les signes et symptômes d'œsophagite à éosinophiles, version destinée à l'aidant (PESQ-C) : _____

5. Prurigo nodulaire

Indiquez depuis combien de temps le patient présente un prurit : _____ semaines

Est-ce que le patient présente des antécédents et/ou des signes de grattage ou de frottement répétés? ☐ Oui ☐ Non

Score PGA PN-S : _____ Score DLQI : _____ Score WI-NRS (*Worst Itch Numeric Rating Scale*) : _____

Nombre total de lésions de prurigo nodulaire sur le corps : _____

↳ Régions du corps comportant des lésions : ☐ Les deux jambes ☐ Les deux bras ☐ Le tronc
☐ Autre. Précisez : _____

Est-ce qu'un traitement de photothérapie est indiqué et accessible? ☐ Oui ☐ Non

Échec de la photothérapie : ☐ Oui ☐ Non Nombre de séances : _____ Durée du traitement (nombre de mois) : _____

Indiquez la raison pour laquelle le traitement de photothérapie a dû être interrompu : _____

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

Veuillez 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. Dermatite atopique

	Résultat lors de l'évaluation initiale	Résultat lors de l'évaluation la plus récente
Score EASI :		
Score d'intensité du prurit sur l'échelle NRS :		
☐ Score DLQI <u>ou</u> ☐ Score cDLQI :		
Score PGA* :		

Amélioration importante des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

*Description clinique du score PGA (évaluation globale du médecin) :

- 0 — Aucun signe inflammatoire de dermatite atopique 1 — Érythème et papules à peine perceptibles
- 2 — Érythème et papules légers 3 — Érythème et papules modérés
- 4 — Érythème et papules graves avec ou sans suintement ou formation d'une croûte

2. Asthme sévère

	Résultat lors de l'évaluation initiale	Résultat lors de l'évaluation la plus récente
Score ACQ :		
Score ACT :		
Score C-ACT :		
Score SGRQ :		
Score AQLQ :		
Dose quotidienne des stéroïdes oraux utilisés en traitement d'entretien :	Stéroïdes oraux : _____ Dose : _____ mg	Stéroïdes oraux : _____ Dose : _____ mg
Nombre d'exacerbations nécessitant l'administration de corticostéroïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou une consultation aux urgences ou une hospitalisation :		

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)

3. Rhinosinusite chronique sévère

	Résultat lors de l'évaluation initiale	Résultat lors de l'évaluation la plus récente
Score d'évaluation endoscopique des polypes nasaux (NPS) :	Narine gauche : Narine droite :	Narine gauche : Narine droite :
Score SNOT-22 :		
Symptômes de l'asthme (score ACQ) :		

Est-ce qu'il y a amélioration ou maintien de l'amélioration de l'odorat?
 Oui
 Non

Est-ce qu'il y a réduction ou maintien de la réduction de l'utilisation des stéroïdes à action générale?
 Oui
 Non

4. Œsophagite à éosinophiles

	Résultat lors de l'évaluation initiale	Résultat lors de l'évaluation la plus récente
Numération maximale des éosinophiles intraépithéliaux œsophagiens (/HPF) :		
☐ Score DSQ ou ☐ Score PESQ-C :		

5. Prurigo nodulaire

	Résultat lors de l'évaluation initiale	Résultat lors de l'évaluation la plus récente
Score WI-NRS :		
Score PGA PN-S :		
Score DLQI :		

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