

**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](http://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](mailto: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](http://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](http://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 : \_\_\_\_\_  
 Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

**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
GLEEVEC (IMATINIB)			
IMATINIB (PRODUIT GÉNÉRIQUE)			

**Note: Les versions génériques peuvent être éligibles sous la garantie régulière**

Poids du patient : \_\_\_\_\_  lb  kg Nombre de fioles utilisées par traitement : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

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

**3B Demande initiale**

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

**Indications approuvées par Santé Canada :****1. Renseignements cliniques**

Score ECOG (date) : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 (jj/mm/aaaa)

**Traitement pharmacologique :**

De première intention  De deuxième intention  De troisième intention ou plus

**Administration du traitement :**

En monothérapie  
 En association avec un autre traitement. Précisez : \_\_\_\_\_

**2. Leucémie myéloïde chronique**

Leucémie myéloïde chronique :  En phase chronique  En phase accélérée  En phase blastique

Présence du chromosome Philadelphie (Ph+)\* :  Oui  Non

**3. Leucémie lymphoblastique aiguë**

Présence du chromosome Philadelphie (Ph+)\* :  Oui  Non

Maladie réfractaire ou récidivante :  Oui  Non ▶ Transplantation de cellules souches prévisible :  Oui  Non

Maladie nouvellement diagnostiquée :  Oui  Non

↳ Si oui, après une chimiothérapie parentérale durant la phase de maintien?  Oui  Non

\*NOTE : Ne pas fournir les résultats des tests génétiques

**3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

**3B Demande initiale (suite)****4. Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)**

Présence du récepteur c-Kit (CD117)\* :  Oui  Non

Traitement adjuvant d'un GIST à la suite d'une résection complète

Risque élevé de récurrence

Risque intermédiaire de récurrence

Risque faible de récurrence. Précisez: \_\_\_\_\_

Traitement d'un GIST inopérable, récidivant ou métastatique

Inopérable / non résecable

Récidivant ► La récurrence est apparue pendant un traitement adjuvant avec l'imatinib :  Oui  Non

Métastatique

**5. Syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs (SMD/SMP)**

Associés au réarrangement des gènes du récepteur de facteur de croissance dérivé des plaquettes\* :  Oui  Non

**6. Sous-types agressifs de mastocytose systémique (MSA et MSAHCNM)**

La mutation D816V du c-Kit\* est décelable :  Oui  Non

Indiquez la réponse aux traitements antérieurs :

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

**7. Syndrome hyperéosinophilique (SHE) ou leucémie chronique à éosinophiles (LCE)**

Syndrome hyperéosinophilique à un stade avancé :  Oui  Non

Leucémie chronique à éosinophiles associée à un réarrangement du FIP1L1-PDGFR $\alpha$ \* :  Oui  Non

**8. Dermatofibrosarcome protuberans (DFSP ou maladie de Darier-Ferrand)**

La maladie est :

Métastatique

Récidivant après une résection initiale

Non propice à une résection supplémentaire

\*NOTE : Ne pas fournir les résultats des tests génétiques

**3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

**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) : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
 Date de l'évaluation la plus récente : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**1. Leucémie myéloïde chronique**

Réponse au traitement :

Hématologique  Cytogénétique  Aucune  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**2. Leucémie lymphoblastique aiguë**

Maladie nouvellement diagnostiquée :  Oui  Non

Réponse au traitement :

Hématologique  Cytogénétique  Aucune  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Fournir les données permettant de démontrer l'effet bénéfique du traitement :

**3. Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)**

Évidence de  réponse complète  réponse partielle  stabilisation de la maladie  progression de la maladie

↳  Confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**Non** confirmée par imagerie Date de la prochaine imagerie : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

**3C Demande de renouvellement (suite)**

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

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

4.  **Syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs (SMD/SMP)**
5.  **Sous-types agressifs de mastocytose systémique (MSA et MSAHCNM)**
6.  **Syndrome hyperéosinophilique (SHE) ou leucémie chronique à éosinophiles (LCE)**
7.  **Dermatofibrosarcome protuberans (DFSP ou maladie de Darier-Ferrand)**

Est-ce qu'il y a progression de la maladie?  Oui  Non

Fournir les données permettant de démontrer l'effet bénéfique du traitement :

**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.**