

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 CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

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 : _____

Pour la demande initiale, veuillez remplir les sections 3A et 3B. Pour le renouvellement, veuillez remplir les sections 3A et 3C.

3A Renseignements pour l'autorisation préalable – Obligatoire

Nom du produit	Posologie	Dosage	Diagnostic
CANNABIS À DES FINS MÉDICALES	_____ % THC	_____ grammes/jour	
	_____ % CBD		

Méthode d'administration : _____

Cette demande vise lequel des produits suivants :

- ☐ Fleur fraîche et séchée de cannabis
- ☐ Huile ou capsules d'huile de cannabis
- ☐ Produits comestibles
- ☐ Autre. Précisez : _____

3B Demande initiale

Les demandes de couverture seront admissibles uniquement pour la fleur fraîche et séchée de cannabis et l'huile de cannabis, lorsque les autres traitements de deuxième et de troisième intention ont échoué. Seules les demandes visant les troubles de santé énumérés ci-dessous seront admissibles, sans exception.

Renseignements obligatoires

Le patient a fourni une copie de l'autorisation médicale conforme aux exigences du RACFM* : ☐ Oui ☐ Non

**Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*

Le patient s'est inscrit auprès d'un producteur autorisé de cannabis thérapeutique : ☐ Oui ☐ Non

*****Le patient doit être inscrit auprès d'un producteur autorisé de cannabis thérapeutique approuvé par Santé Canada. Une preuve de cette inscription doit être soumise avec la première demande de règlement. *****

Veuillez répondre à toutes les questions relatives au trouble médical pour lequel le traitement est prescrit.

1. Douleur neuropathique réfractaire

Indiquez s'il y a eu un essai thérapeutique raisonnable avec au moins trois (3) des médicaments suivants :

- Antidépresseurs tricycliques, gabapentinoïdes, IRS, cannabinoïdes thérapeutiques prescrits

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

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

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)**2. Douleur réfractaire chez un patient en soins palliatifs pour le cancer**

Indiquez s'il y a eu un essai thérapeutique raisonnable avec au moins deux (2) des médicaments suivants :

- Opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, dexaméthasone, tizanidine, cannabinoïdes thérapeutiques prescrits.

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

3. Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie

Durée prévue de la chimiothérapie : _____

Les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ne sont pas contrôlés adéquatement malgré un traitement préventif incluant un antagoniste des récepteurs de la sérotonine et au moins un (1) des médicaments suivants :

- Dexaméthasone, antagoniste de la neurokinine 1, antagoniste de la dopamine, cannabinoïdes thérapeutiques prescrits.

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

4. Spasticité causée par la sclérose en plaques ou une lésion de la moelle épinière

Indiquez s'il y a eu un essai thérapeutique raisonnable avec les médicaments suivants :

- Baclofène, gabapentine, tizanidine, Dantrium/dantrolène, benzodiazépines, toxine botulinique ou cannabinoïdes thérapeutiques prescrits.

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

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

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)

5. Épilepsie chez l'enfant

Diagnostic : ☐ Syndrome de Dravet ☐ Syndrome de Lennox-Gastaut

Est-ce que le traitement est prescrit par, ou en consultation avec, un neurologue? ☐ Oui ☐ Non

Indiquez s'il y a eu un essai thérapeutique raisonnable avec les médicaments antiépileptiques suivants :

- Clobazam, Divalproex, Levetiracetam, Rufinamide, Topiramate, Valproate

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

Est-ce que le patient a présenté une épilepsie réfractaire aux médicaments (augmentation ou persistance de la fréquence des crises lorsque sous traitement avec un médicament antiépileptique de façon continue pendant au moins 4 semaines)? ☐ Oui ☐ Non

6. Prière d'indiquer tout renseignement supplémentaire pertinent à l'évaluation de cette demande :

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

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

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. Veuillez préciser le trouble médical pour lequel la poursuite du traitement est demandée :

- ☐ Douleur neuropathique réfractaire
- ☐ Douleur réfractaire chez un patient en soins palliatifs pour le cancer
- ☐ Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie
- ☐ Spasticité causée par la sclérose en plaques ou une lésion de la moelle épinière
- ☐ Épilepsie chez l'enfant

Est-ce que le traitement est prescrit par, ou en consultation avec, un neurologue ? ☐ Oui ☐ Non

Réponse thérapeutique positive au traitement (réduction de la fréquence des crises) : ☐ Oui ☐ Non

Fournir toutes les données démontrant que le patient a obtenu une réponse thérapeutique positive au traitement :

2. Prière d'indiquer tout renseignement supplémentaire pertinent à l'évaluation de 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