

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 : _____
 Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

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

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
REPATHA (ÉVOLOCUMAB)			

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

Durée prévue du traitement : _____ 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 les sections 3B et 3C. Pour les renouvellements, veuillez remplir la section 3D.

3B Demande initiale

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

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

Confirmation écrite du diagnostic provenant d'un spécialiste : ☐ Non ☐ Oui, joindre la confirmation

Taux de cholestérol LDL au moment du diagnostic / avant tout traitement : _____ mmol/L

Taux de cholestérol LDL avant le traitement avec Repatha (sous statines et / ou ezetimibe) : _____ mmol/L

*** Veuillez joindre à cette demande un rapport récent du taux de cholestérol LDL (3 derniers mois) obtenue avec un traitement ***

1. Hyperlipidémie chez un patient atteint de maladie cardiovasculaire (MCV) athéroscléreuse cliniquement manifeste

Indiquez les signes de la maladie cardiovasculaire (MCV) athéroscléreuse :

☐ Maladie coronarienne. Si sélectionné, prière de préciser en cochant une des options suivantes :

- ☐ Syndrome coronarien aigu
- ☐ Antécédents d'infarctus du myocarde (IM)
- ☐ Angine stable ou instable
- ☐ Revascularisation coronarienne ou autre revascularisation artérielle

☐ Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire

☐ Maladie artérielle périphérique (y compris l'anévrisme de l'aorte abdominale)

*** Prière de répondre également aux questions de la section 3C, si applicable ***

2. Hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo)

Présence de xanthomes tendineux chez le patient : ☐ Oui, avant l'âge de 10 ans (joindre les preuves)
☐ Oui, à l'âge de 10 ans ou plus (joindre les preuves)
☐ Non

Présence d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) chez les deux parents : ☐ Oui (joindre les preuves)
☐ Non

*** Prière de répondre également aux questions de la section 3C, si applicable ***

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de police : _____

Numéro d'ID : _____

3B Demande initiale (suite)

3. Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe)

Diagnostic confirmé par un test génétique: ☐ Oui ☐ Non

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

HFHe associée à une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents familiaux

Présence de xanthomes tendineux :

☐ Chez le patient ☐ Chez un parent de 1^{er} degré ☐ Chez un parent de 2^{ème} degré ☐ Aucune présence

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'antécédents familiaux d'infarctus du myocarde (IM) :

☐ Avant l'âge de 60 ans chez un parent de 1^{er} degré ☐ Avant l'âge de 50 ans chez un parent de 2^{ème} degré ☐ Aucun antécédent

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'antécédents familiaux de taux de cholestérol total :

☐ > 7,5 mmol/L chez un parent adulte : ☐ de 1^{er} degré ☐ de 2^{ème} degré

☐ Autre. Précisez : _____

☐ > 6,7 mmol/L chez un parent âgé de moins de 16 ans : ☐ de 1^{er} degré ☐ de 2^{ème} degré

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'antécédents familiaux d'une concentration de C-LDL :

☐ ≥ 4,9 mmol/L chez un parent adulte : ☐ de 1^{er} degré ☐ de 2^{ème} degré

☐ Autre. Précisez : _____

☐ ≥ 4.0 mmol/L chez un parent âgé de moins de 18 ans : ☐ de 1^{er} degré ☐ de 2^{ème} degré

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans :

☐ Chez un parent de 1^{er} degré ☐ Chez un parent de 2^{ème} degré ☐ Aucune présence

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'une mutation, causant une hypercholestérolémie familiale, des gènes* LDLR, ApoB, PCSK9 :

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

☐ Chez un parent de 1^{er} degré ☐ Chez un parent de 2^{ème} degré ☐ Aucune présence

☐ Autre. Précisez : _____

Présence d'antécédents familiaux d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) :

☐ Chez un parent de 1^{er} degré ☐ Chez un parent de 2^{ème} degré ☐ Aucune présence

☐ Autre. Précisez : _____

*** Prière de répondre également aux questions de la section 3C ***

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de police : _____

Numéro d'ID : _____

3C Demande initiale (suite) – Renseignements cliniques généraux

Veillez décrire les antécédents et la consommation actuelle de statine du patient dans le tableau ci-dessous. Indiquez si la dose maximale de statine a été prescrite au patient et s'il la prend. Si la dose maximale de statine n'est pas atteinte, veuillez fournir des précisions sur l'intolérance du patient (y compris les facteurs prédisposants qui ont été écartés) ou les contre-indications, et joindre les documents justificatifs. Veuillez également indiquer si une reprise de traitement par statine à une dose ou intensité plus faible a été effectuée.

Statine	Dose maximale? OUI / NON	Si NON, fournir des précisions sur l'intolérance et les facteurs prédisposants écartés ou les contre-indications	Réadministration à dose ou intensité plus faible? OUI / NON
Nom : _____ Dose : _____ Durée : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Intolérance ► ☐ Myosite ☐ Rhabdomyolyse ☐ Autre. Précisez : _____ ☐ Contre-indication ► ☐ Grossesse ☐ Allaitement ☐ Maladie hépatique active ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Oui ☐ Non
Nom : _____ Dose : _____ Durée : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Intolérance ► ☐ Myosite ☐ Rhabdomyolyse ☐ Autre. Précisez : _____ ☐ Contre-indication ► ☐ Grossesse ☐ Allaitement ☐ Maladie hépatique active ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Oui ☐ Non
Nom : _____ Dose : _____ Durée : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Intolérance ► ☐ Myosite ☐ Rhabdomyolyse ☐ Autre. Précisez : _____ ☐ Contre-indication ► ☐ Grossesse ☐ Allaitement ☐ Maladie hépatique active ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Oui ☐ Non
Nom : _____ Dose : _____ Durée : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Intolérance ► ☐ Myosite ☐ Rhabdomyolyse ☐ Autre. Précisez : _____ ☐ Contre-indication ► ☐ Grossesse ☐ Allaitement ☐ Maladie hépatique active ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Oui ☐ Non
☐ Aucun essai antérieur	s/o	s/o	s/o

Dans le cas d'une intolérance, veuillez indiquer si les conditions suivantes ont été exclues des facteurs prédisposants à une intolérance aux statines :

Interactions médicamenteuses ... ☐ Oui ☐ Non

Obstruction biliaire ... ☐ Oui ☐ Non

Hypothyroïdie non traitée ☐ Oui ☐ Non

Maladie fébrile ☐ Oui ☐ Non

Insuffisance rénale aiguë ☐ Oui ☐ Non

Alcoolisme ☐ Oui ☐ Non

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de police : _____

Numéro d'ID : _____

3C Demande initiale (suite) – Renseignements cliniques généraux

Veuillez décrire l'historique des autres traitements (antérieurs) suivis par le patient dans le tableau ci-dessous.

Médicament	Réaction du patient au traitement (si interrompu, décrire l'intolérance, la contre-indication ou l'échec)
Ezetimib Dose : _____ Durée : _____	Traitement donné en association avec l'évolocumab : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____
Fibrate Dose : _____ Durée : _____	Traitement donné en association avec l'évolocumab : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____
Autre chélateur. Nom : _____ Dose : _____ Durée : _____	Traitement donné en association avec l'évolocumab : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____
Autre. Nom du médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____	Traitement donné en association avec l'évolocumab : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____
Autre. Nom du médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____	Traitement donné en association avec l'évolocumab : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____

3D 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) : _____
(jj/mm/aaaa)Date de l'évaluation la plus récente : _____
(jj/mm/aaaa)*** Veuillez joindre à cette demande un rapport récent du taux de cholestérol LDL (3 derniers mois) obtenu avec un traitement. ***

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