



Demande d'autorisation préalable

Veillez remplir le présent formulaire, puis le soumettre.

Le participant doit remplir le présent formulaire et le soumettre lorsque son médecin lui prescrit un médicament qui fait l'objet d'une autorisation préalable. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant.

Trois étapes faciles

- ÉTAPE 1** Le participant remplit la Partie A
- ÉTAPE 2** Le médecin prescripteur remplit la Partie B
- ÉTAPE 3** Le participant télécopie ou poste le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada^{MD}.

Par télécopieur
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 905 712-6329

Par la poste
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5

Processus d'examen

Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Le régime d'assurance médicaments du participant ne rembourse le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation préalable que si Express Scripts Canada a examiné la demande, puis l'a approuvée.

L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels.

Veillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Avis

Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. La décision sera transmise par télécopieur au médecin, si celui-ci le demande.

Suite à la page 2



Demande d'autorisation préalable

Partie A - Participant

Veillez remplir la section ci-dessous, puis faire remplir la Partie B par votre médecin.

Renseignements sur le participant/titulaire de la carte

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : - -		Sexe : Homme Femme	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :	

Renseignements sur le patient (si le patient est le titulaire de la carte, passez à la section suivante)

Lien de parenté du patient avec le titulaire de la carte : Conjoint Personne à charge	
Prénom :	Nom :
Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : - -	Sexe : Homme Femme

<p>Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? Oui Non</p> <p>Consentez-vous à ce qu'Express Scripts Canada communique avec le programme de soutien aux patients pour obtenir des renseignements additionnels aux fins d'évaluation de l'autorisation préalable, au besoin?</p> <p style="padding-left: 20px;">Oui Non</p> <p>Si oui, veuillez indiquer le nom du programme et le nom de la personne-ressource ainsi que son numéro de téléphone. _____</p> <p>_____</p>

Autorisation

En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance médicaments et ses agents, à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance médicaments. Ce consentement demeurera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts par le contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à un remboursement dans le cadre dudit contrat, ou de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Signature du participant

Date (JJ-MM-AAAA)



Demande d'autorisation préalable

Partie B – Médecin prescripteur

Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime d'assurance médicaments provincial et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada.

Comme l'exige le promoteur du régime de votre patient, et pour que celui-ci puisse obtenir un remboursement, veuillez fournir les renseignements demandés relativement à l'état de santé de votre patient et à ses antécédents pharmacologiques.

Les renseignements demandés ci-dessous sont obligatoires dans le cadre du processus d'approbation. Les champs laissés vides entraîneront le rejet automatique du formulaire. Veuillez inscrire la mention S.O. dans les champs qui ne s'appliquent pas. Nous accepterons des renseignements complémentaires fournis en vue du remboursement du médicament en question.

Première demande d'autorisation préalable pour ce médicament - *Veuillez remplir les sections 1, 2, 4 et 5*

Renouvellement d'une autorisation préalable pour ce médicament - *Veuillez remplir les sections 1, 3, 4 et 5*

Section 1 - Médicament visé par l'autorisation préalable

Nom du médicament et de la molécule :			
Posologie	Voie d'administration (p. ex. orale, IV, etc.)	Fréquence	Durée du traitement
Indication/maladie :			
Le médicament sera-t-il utilisé conformément aux indications approuvées par Santé Canada?			
Oui Non			

Section 2 – Première demande d'autorisation préalable

Stade/gravité/type de maladie du patient, p. ex. fréquence mensuelle et durée des migraines, fibrose hépatique du patient atteint d'hépatite C, etc. (Veuillez ne pas fournir de résultats de tests génétiques.)
Renseignements supplémentaires sur la maladie du patient et le traitement préconisé, p. ex., résultats de laboratoire pour les taux de LDL et d'IgE, évaluation de l'état de santé du patient, IMC, symptômes. (Veuillez ne pas fournir de résultats de tests génétiques.)
Traitements d'appoint (pharmacologiques ou non pharmacologiques) qui seront utilisés pour cette maladie :



Demande d'autorisation préalable

Section 2 - suite

Traitements déjà essayés :

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate / Résultat sous-optimal	Allergie/ intolérance au médicament

Section 3 – Renseignements sur le renouvellement d'une autorisation préalable

Date du début du traitement (JJ-MM-AAAA) :

Détails sur la réponse clinique du patient au médicament faisant l'objet de l'autorisation préalable, p. ex : PASI/BASDAI, tests de laboratoire, etc. (Veuillez **ne pas fournir** de résultats de tests génétiques.)

Section 4 - Lieu d'administration du médicament et renseignements sur la couverture du régime provincial

Où le médicament sera-t-il administré?

- À domicile
 Bureau du médecin / clinique
 Hôpital (patient externe)
 Hôpital (patient hospitalisé)

Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime provincial d'assurance médicaments?

Oui. Veuillez indiquer le nom du régime provincial : _____

Quelle a été la réponse du régime? Approuvé Refusé ****Veuillez joindre la lettre relative à la décision du régime provincial au présent formulaire****

Non. Pourquoi? _____

Commentaires ou notes additionnels :



Demande d'autorisation préalable

Section 5 - Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom du médecin :	Spécialité :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Numéro de permis d'exercice :	
Souhaitez-vous être informé de notre décision? Oui, par télécopieur Non	
Signature du médecin :	
Date (JJ-MM-AAAA) :	