EXPRESS SCRIPTS®

Demande d'autorisation préalable

EPCLUSA (sofosbuvir – velpatasvir)

Directives

Veuillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. 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 autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. 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. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Patient

Renseignements sur le patient

Prénom :	Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :		
Numéro de groupe :	Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	Statut dans le cadre du régime : ☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Personne à charge	
Langue : ☐ Français ☐ Anglais	Sexe : ☐ Homme ☐ Femme	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Adresse courriel :		
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :

Coordination des prestations

Programme de soutien aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? ☐ Oui ☐ Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
Couverture par le régime provincial	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? ☐ Oui ☐ Non ☐ S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? ☐ Médicament couvert ☐ Médicament non couvert ***Joindre la lettre faisant état de la décision***
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non ☐ S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? ☐ Médicament couvert ☐ Médicament non couvert ***Joindre la lettre faisant état de la décision***

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

EXPRESS SCRIPTS®

Demande d'autorisation préalable

EPCLUSA (sofosbuvir – velpatasvir)

Partie B – Médecin prescripteur

Veuillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veuillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

EPCLUSA (sofosbuvir – velpatasvir)		☐ Première demande	☐ Renouvellement *
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement

Où le médicament sera-t-il administré?

☐ Domicile ☐ Bureau du médecin / clinique de perfusion ☐ Hôpital (patient externe) ☐ Hôpital (patient hospitalisé)

* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. **Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :**

Infection par le virus de l'hépatite C – Adultes – *Approbation pour une durée de 12 semaines*

☐ Traitement d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C chez un adulte qui n'est pas atteint de cirrhose ou qui est atteint de cirrhose compensée. OU

☐ Traitement d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C chez un adulte atteint de cirrhose décompensée. ET

☐ EPCLUSA sera utilisé en association avec IBAVYR (ribavirine) chez les patients atteints de cirrhose décompensée.

Infection par le virus de l'hépatite C – Enfants – *Approbation pour une durée de 12 semaines*

☐ Traitement d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C chez un patient qui n'est pas atteint de cirrhose ou qui est atteint de cirrhose compensée. ET

☐ Le patient a entre 12 et 17 ans. ET

☐ Le patient pèse au moins 30 kg.

OU

☐ Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

EXPRESS SCRIPTS®

Demande d'autorisation préalable

EPCLUSA (sofosbuvir – velpatasvir)

2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Veuillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada[MD]

Télécopieur :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 855 712-6329

Poste :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10e étage
Mississauga, ON L5R 3G5