

Demande d'autorisation préalable

IMBRUVICA (ibrutinib)

Directives

Veillez 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. Les documents qui nous sont soumis sont traités au moyen d'une technologie de reconnaissance optique de caractères faisant appel à l'intelligence artificielle, fournie par un fournisseur tiers. Toutes les décisions relatives aux autorisations préalables sont prises par des humains. Pour exercer vos droits d'accès ou de rectification, veuillez communiquer avec ExpressScriptsCanada_Privacy@Express-scripts.com.

Signature du participant

Date

Demande d'autorisation préalable

IMCIVREE (setmélanotide)

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

IMCIVREE (setmélanotide)		☐ 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 :

Déficit en pro-opiomélanocortine, en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 ou en récepteur de la leptine

PREMIÈRE DEMANDE – Approbation pour une durée de 6 mois

- ☐ Gestion du poids chez les patients obèses ayant un déficit biallélique confirmé génétiquement en pro-opiomélanocortine, en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 ou en récepteur de la leptine dû à des variants interprétés comme étant pathogènes, probablement pathogènes ou de signification indéterminée. ET
- ☐ Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- ☐ Le patient est un adulte et son indice de masse corporelle est d'au moins 30 kg/m² ou le patient est un enfant et son poids est supérieur à celui du 95^e centile selon l'âge. Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous.

Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

RENOUVELLEMENT

- ☐ Le poids du patient a diminué d'au moins 5 % par rapport à son poids au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le poids du patient au début du traitement ainsi que son poids actuel. OU
- ☐ Le patient n'a pas terminé sa croissance ou est âgé de moins de 18 ans et a perdu au moins 5 % de son indice de masse corporelle par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous l'indice de masse corporelle du patient au début du traitement ainsi que son indice actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

ACTUELLEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

Demande d'autorisation préalable

IMCIVREE (setmélanotide)

Syndrome de Bardet-Biedl

PREMIÈRE DEMANDE – Approbation pour une durée de 6 mois

- ☐ Gestion du poids chez les patients obèses atteints du syndrome de Bardet-Biedl. ET
- ☐ Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- ☐ Le patient est un adulte et son indice de masse corporelle est d'au moins 30 kg/m² ou le patient est un enfant et son poids est supérieur à celui du 95^e centile selon l'âge. Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous.

Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

RENOUVELLEMENT

- ☐ Le poids du patient a diminué d'au moins 5 % par rapport à son poids au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le poids du patient au début du traitement ainsi que son poids actuel. OU
- ☐ Le patient n'a pas terminé sa croissance ou est âgé de moins de 18 ans et a perdu au moins 5 % de son indice de masse corporelle par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous l'indice de masse corporelle du patient au début du traitement ainsi que son indice actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

ACTUELLEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

OU

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

Renseignements additionnels pertinents :

--

Demande d'autorisation préalable
IMCIVREE (setmélanotide)

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
6985, Financial Drive, bureau 300
Mississauga ON L5N 0G3