



Demande d'autorisation préalable

RITUXAN, RITUXAN SC, RIABNI, RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA (rituximab)

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 : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> 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

**Demande d'autorisation préalable**

RITUXAN, RITUXAN SC, RIABNI, RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA (rituximab)

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

<input type="checkbox"/> RITUXAN	<input type="checkbox"/> RITUXAN SC	<input type="checkbox"/> RIABNI	<input type="checkbox"/> Première demande
<input type="checkbox"/> RIXIMYO	<input type="checkbox"/> RUXIENCE	<input type="checkbox"/> TRUXIMA	<input type="checkbox"/> Renouvellement*
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Où le médicament sera-t-il administré?			
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> 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 :****Polyarthrite rhumatoïde**

- Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez l'adulte. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante à un essai d'au moins 12 semaines de méthotrexate en association avec un autre antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* OU
- Lorsqu'une association d'ARMM non biologiques est impossible, le patient a essayé 3 traitements consécutifs d'ARMM non biologiques, à moins que le patient ne présente une intolérance aux ARMM. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient a essayé un autre médicament modificateur de la réponse biologique et ce traitement a échoué. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le rituximab pour perfusion intraveineuse sera utilisé en association avec du méthotrexate ou d'autres ARMM, à moins que le patient ne les tolère pas.

Leucémie lymphoïde chronique – Admissibilité selon les dispositions du régime

- Traitement de la leucémie lymphoïde chronique chez l'adulte. ET
- Le patient est atteint de leucémie lymphoïde chronique à cellules B de stade B ou C de Binet. ET
- Le rituximab sera utilisé en association avec la fludarabine et le cyclophosphamide.

Granulomatose avec polyangéite et polyangéite microscopique

- Traitement d'induction de la rémission de la granulomatose avec polyangéite (aussi connue sous le nom de granulomatose de Wegener) et de la polyangéite microscopique actives et graves chez l'adulte. ET
- Le patient utilisera le rituximab pour perfusion intraveineuse en association avec des glucocorticoïdes. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement par le cyclophosphamide. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*



Demande d'autorisation préalable

RITUXAN, RITUXAN SC, RIABNI, RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA (rituximab)

Lymphome non hodgkinien – Admissibilité selon les dispositions du régime

- Traitement du lymphome non hodgkinien chez l'adulte. ET
- Le patient est atteint d'un lymphome non hodgkinien à cellules B, CD20 positif, folliculaire ou de faible grade, réfractaire ou récidivant, et il utilisera seulement le rituximab pour perfusion intraveineuse. OU
- Le patient est atteint d'un lymphome non hodgkinien diffus à grandes cellules B, CD20 positif, et il utilisera le rituximab en association avec un protocole de chimiothérapie CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone). OU
- Le patient est atteint d'un lymphome non hodgkinien à cellules B, CD20 positif, folliculaire, de stade III/IV non traité auparavant, et il utilisera le rituximab en association avec un protocole de chimiothérapie CVP (cyclophosphamide, vincristine et prednisone). OU
- Le patient est atteint d'un lymphome non hodgkinien folliculaire, il a répondu au traitement d'induction par le protocole de chimiothérapie CHOP ou CHOP plus rituximab, et un traitement d'entretien est requis. OU
- Le patient est atteint d'un lymphome non hodgkinien folliculaire avancé, non traité auparavant, dont la charge tumorale est forte, il a répondu au traitement d'induction par le protocole de chimiothérapie CHOP plus rituximab ou le protocole CVP plus rituximab, et un traitement d'entretien en monothérapie est requis.

OU

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

Renseignements additionnels pertinents :

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
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Critères additionnels pour les demandes d'autorisation préalable relatives à RITUXAN IV

- Le patient a présenté une intolérance ou un événement indésirable à un biosimilaire. Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessus.



Demande d'autorisation préalable

RITUXAN, RITUXAN SC, RIABNI, RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA (rituximab)

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

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

Veillez 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, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5