

Demande d'autorisation préalable

ZEPBOUND (tirzépatide)

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 participant 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 participant 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 les participants ont le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Participant

Renseignements sur le participant

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 participant est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? ☐ Oui ☐ Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
Couverture par le régime provincial	Le participant 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 participant 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

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

ZEPBOUND (tirzépatide)		☐ 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 :

Gestion du poids à long terme chez l'adulte

PREMIÈRE DEMANDE

- ☐ Traitement d'appoint à un régime hypocalorique et à une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme chez l'adulte. ET
- ☐ L'indice de masse corporelle du patient est d'au moins 30 kg/m². Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous. OU

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

- ☐ L'indice de masse corporelle du patient est d'au moins 27 kg/m² en présence d'au moins une maladie liée au poids (p. ex., hypertension, diabète de type 2 ou dyslipidémie). 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 patient a perdu au moins 5 % de son poids initial. Veuillez indiquer ci-dessous le poids du patient au début du traitement ainsi que son poids actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		ACTUELLEMENT	
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Date (AAAA-MM-JJ)	Poids

Apnée obstructive du sommeil

- ☐ Traitement de l'apnée obstructive du sommeil modéré à grave chez l'adulte. ET
- ☐ Traitement d'appoint à un régime hypocalorique et à une augmentation de l'activité physique. ET
- ☐ L'indice de masse corporelle du patient est d'au moins 30 kg/m². *Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous.*

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

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
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

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 :
Express Scripts Canada
Services cliniques
1-855-712-6329

Poste :
Express Scripts Canada
Services cliniques
6985, Financial Drive, bureau 300
Mississauga ON L5N 0G3