

Demande d'autorisation préalable

Directives

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}.

Veillez 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

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.

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.

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.

Partie A – Participant

Veuillez remplir la section ci-dessous, puis faire remplir la Partie B par le médecin prescripteur.

Renseignements sur le participant

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :		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

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. 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. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. 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 le médicament * ***Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4****
- ☐ Renouvellement de l'autorisation préalable pour le médicament * ***Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4****

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

Nom du médicament :			
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Maladie :			
Le médicament sera-t-il utilisé conformément aux indications approuvées par Santé Canada? ☐ Oui ☐ Non			
Où le médicament sera-t-il administré?			
☐ Domicile	☐ Bureau du médecin ou clinique de perfusion	☐ Hôpital (patient en consultation externe)	☐ Hôpital (patient hospitalisé)

SECTION 2 : PREMIÈRE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

Renseignements pertinents sur l'état du patient, y compris la gravité, le stade et le type de la maladie dont il est atteint (p. ex., fréquence mensuelle et durée des épisodes de migraine, stade de fibrose chez les patients atteints d'hépatite C, résultats de laboratoire [LDL, IgE], indice de masse corporelle [IMC], symptômes). Veuillez ne pas fournir de renseignements sur les tests génétiques effectués ni sur les résultats de ces tests.
Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques qui seront instaurés en concomitance afin de traiter la maladie.

SECTION 2 : PREMIÈRE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE – SUITE

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 – RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION PRÉALABLE

Date du début du traitement :

Renseignements sur la réponse clinique du patient au médicament faisant l'objet de l'autorisation préalable (p. ex., indice PASI, indice BASDAI, résultats de laboratoire). Veuillez **ne pas fournir** de renseignements sur les tests génétiques effectués ni sur les résultats de ces tests

Si l'autorisation préalable n'a pas été approuvée par Express Scripts Canada, veuillez joindre une copie de la lettre d'approbation.

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

N° de permis d'exercice :

Spécialité :

Signature du médecin :

Date :