canada vie MC

Régime de soins de santé de la fonction publique
Formulaire d'autorisation préalable de médicament
Wegovy (sémaglutide)

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

PARTIE 1 – Directives

Veuillez utiliser ce formulaire afin de présenter votre demande de protection pour Wegovy à la Canada Vie.

1. Remplissez les parties 2 à 7 au complet, et demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir les parties 8 et 9.
2. Veuillez présenter une demande au programme de soins de santé approprié de votre province/territoire avant de présenter une demande à la Canada Vie (le cas échéant).
3. Envoyez le tout à la Canada Vie. Voir la partie 10.

Veuillez noter que le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) ne rembourse pas les frais que votre médecin pourrait exiger pour fournir des renseignements médicaux.

Tous les formulaires relatifs au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) doivent être soumis par le participant du régime. Au besoin, il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à votre fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom pour confirmer l'admissibilité et gérer mutuellement l'évaluation.

PARTIE 2 – Renseignements sur le participant du régime – Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro de régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le site web des Services aux participants du RSSFP de la Canada Vie ou encore la partie 10 pour obtenir nos coordonnées.

Nom du régime
Régime de soins de santé de la fonction publique

Numéro de régime

Numéro de certificat du participant du régime

Nom du participant du régime

Prénom

Nom de famille

Adresse du participant du régime

Numéro et rue

Ville/village

Province/Territoire/État

Code postal/Zip

Pays

Date de naissance

Jour

Mois

Année

PARTIE 3 – Renseignements sur le patient

Nom du patient		Lien entre le patient et le participant du régime			Date de naissance du patient			Si l'enfant à charge est âgé de 21 à 25 ans, étudie-t-il à temps plein?	
Prénom	Nom de famille	Moi-même	Conjoint ou conjoint de fait	Enfant à charge	Jour	Mois	Année	Oui	Non
		☐	☐	☐				☐	☐

1. Est-ce que le patient prend actuellement ou a déjà pris ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

   a. Indiquez la date du début de la prise du médicament. Jour / Mois / Année

   b. Protection fournie par : _____

   (si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un reçu imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de ce médicament)

2. Le patient participe-t-il à un programme de soutien aux patients pour ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

   Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients : _____

   Personne-ressource du programme de soutien aux patients : _____

   Numéro de téléphone : _____

PARTIE 4 – Coordination des prestations – Remplissez cette section pour indiquer si vous ou un membre de votre famille bénéficiez d'une protection au titre d'un autre régime.

1. Est-ce que le patient a une protection pour les frais de médicaments sur ordonnance au titre d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. Nom de la compagnie d'assurance : _____
3. Est-ce que l'autre régime est auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, précisez : Numéro du régime de la Canada Vie : _____ Numéro de certificat : _____

   Nom du participant de régime : _____ Lien avec le patient : _____

   Signature d'autorisation du participant de l'autre régime d'assurance : X _____

Veuillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus de ce médicament par votre autre compagnie d'assurance :

_____

M7520(WEGOVY)(f)-8/26

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

Régime de soins de santé de la fonction publique
Formulaire d'autorisation préalable de médicament
Wegovy (sémaglutide)

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

PARTIE 5 – Protection provincial ou territorial

1. Le patient est-il protégé par un programme provincial ou territorial ou par une autre source? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez fournir le nom du programme ou de l'autre source : _____

Veuillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus du programme provincial ou territorial pour ce médicament :

_____

PARTIE 6 – Protection des renseignements personnels

La Canada Vie reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection de renseignements personnels ou si vous avez des questions sur les politiques et les pratiques de la Canada Vie en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP (canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html) pour en savoir plus sur le sujet. En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels (//laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes.

PARTIE 7 – Confirmation, autorisation et signature

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé la Canada Vie à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.

Conformément à la page Autorisation et déclaration relatives à l'adhésion avec inscription préalable (bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptée lors de l'adhésion (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous au dossier d'adhésion préalable), je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.

Signature du participant du régime X _____ **Date** Jour | Mois | Année

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

Régime de soins de santé de la fonction publique
Formulaire d'autorisation préalable de médicament
Wegovy (sémaglutide)

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

PARTIE 8 – Renseignements médicaux sur le patient – À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.

1. Dose prescrite et posologie :

   ☐ 0,25 mg une fois par semaine pour les semaines 1 à 4, 0,5 mg une fois par semaine pour les semaines 5 à 8, 1 mg une fois par semaine pour les semaines 9 à 12, 1,7 mg une fois par semaine pour les semaines 13 à 16, et la dose d'entretien de 2,4 mg une fois par semaine à partir de la semaine 17.

   ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

   Veuillez justifier la dose prescrite : _____

2. Indication approuvée par Santé Canada (précisez la date du diagnostic initial) : Mois [ ] Année [ ]

   ☐ Gestion du poids à long terme

   ☐ Autre indication (approuvée par Santé Canada) : _____

   Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Autre indication (approuvée par Santé Canada) ».

3. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament? _____

4. Où le traitement sera-t-il administré?

   ☐ À la maison ☐ Au bureau du médecin ☐ Dans une clinique privée ☐ À l'hôpital (hospitalisation) ☐ À l'hôpital (consultation externe)

5. Précisez les raisons médicales pour lesquelles ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament ayant été approuvé pour traiter l'affection en cause. Les résultats de tests génétiques ne sont pas requis.

   _____

   _____

6. Historique des médicaments et des traitements prescrits – **à remplir pour chaque demande.**

Médicaments sur ordonnance et traitements courants et antérieurs	Dose et posologie	Date de début (jj-mm-aaaa)	Date de fin (jj-mm-aaaa)	Résultats cliniques
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :

M7520(WEGOVY)(f)-8/26

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

Régime de soins de santé de la fonction publique
Formulaire d'autorisation préalable de médicament
Wegovy (sémaglutide)

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

PARTIE 8 – Renseignements médicaux sur le patient (suite) – À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.

Gestion du poids à long terme

Pour être admissible à la protection, le patient doit répondre à tous les critères suivants :

Le patient a-t-il des antécédents d'au moins une tentative infructueuse de régime alimentaire ou de programme d'exercices visant à perdre du poids pendant au moins trois à six mois avant de demander ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

La prise de Wegovy sera-t-elle accompagnée d'un régime réduit en calories et d'une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme? ☐ Oui ☐ Non

Wegovy sera-t-il pris en association avec d'autres médicaments contenant du sémaglutide ou tout autre agoniste du récepteur du GLP-1? ☐ Oui ☐ Non

Pour les adolescents (âgés de 12 à 17 ans) :

Le patient a-t-il un IMC supérieur ou égal au 95e percentile pour son âge et son genre? ☐ Oui ☐ Non

Poids actuel : _____ kg Date de la pesée : Jour | Mois | Année

Pour adultes :

Le patient répond-il à un des critères suivants :

☐ Le patient présente un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m² OU

☐ Le patient présente un IMC de 27 à 29 kg/m² ET

Le patient est atteint d'au moins une des comorbidités suivantes.

Sélectionnez tout ce qui s'applique :

- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Hypertension
- ☐ Apnée obstructive du sommeil
- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Prédiabète
- ☐ Maladie cardiovasculaire
- ☐ Aucune de ces réponses

Autre indication (approuvée par Santé Canada)

Veuillez fournir tous les renseignements pertinents relativement à l'affection et joindre tous les documents à l'appui.

_____

_____

PARTIE 9 – Renseignements fournis par le médecin traitant ou l'infirmier praticien, confirmation et signature

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, vrais, corrects et complets.

Nom du médecin traitant ou de l'infirmier praticien

Nom et titre

Spécialité | Numéro de permis ou d'inscription

Adresse du médecin traitant ou de l'infirmier praticien

Numéro et rue | Ville ou village | Province/Territoire/État | Code postal/Zip

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) | Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Signature X _____ **Date** Jour | Mois | Année

Effacer

M7520(WEGOVY)(f)-8/26

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

PARTIE 10 – Présentation de votre demande

Veuillez utiliser les coordonnées suivantes pour envoyer votre formulaire dûment rempli :

PAR LA POSTE

Gestion des demandes de règlement, Médicaments
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5

PAR TÉLÉCOPIEUR

Gestion des demandes de règlement, Médicaments
1 833 204-5809

PAR COURRIEL

CVAutorisation.Prealable@canadavie.com

Des questions?

Composez sans frais le 1 855 415-4414 du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale), ou accédez à votre compte sur le site web des Services aux participants du RSSFP offert par la Canada Vie à l'adresse canadavie.com/rssfp et rendez-vous à la page Pour nous joindre.

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications?

Veuillez communiquer avec nous :
Ligne ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

M7520(WEGOVY)(f)-8/26

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.