Formulaire d'autorisation préalable de médicament Zepbound (tirzépatide)

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements qui serviront à évaluer votre demande de règlement pour frais de médicaments.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

Protection des renseignements personnels

Protection de vos renseignements personnels. À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifer nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examens paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre **compte en ligne** ou en présentant une demande par l'entremise de notre **centre de protection des renseignements personnels** à l'adresse **canadavie.com/confidentialite**. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site **canadavie.com/confidentialite**.

© 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.

Formulaire d'autorisation préalable de médicament
Zepbound (tirzépatide)

Consentement relatif à la protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués comme il est indiqué ci-dessus.

La Canada Vie se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment, et ce consentement s'étend à toute vérification de ma demande de règlement. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

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 cela est indiqué ci-dessus.

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.

Je conviens qu'en soumettant le présent formulaire ou en autorisant sa soumission, j'accepte les conditions énoncées dans la présente section, même si je n'ai pas signé le formulaire.

Signature du participant de régime : _____ Date : _____

Directives pour remplir le formulaire

1. **Veuillez remplir les sections dans la partie « Renseignements sur le patient ».**
2. **Veuillez passer en revue et signer le formulaire.**
3. **Veuillez demander au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».**
4. **Veuillez faire parvenir toutes les pages du formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique (voir les renseignements ci-dessous).**

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

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 : **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention de : Gestion des demandes de règlement, Médicaments

Par courriel : **cldrug.services@canadavie.com**
À l'attention de : Gestion des demandes de règlement, Médicaments

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, veuillez visiter le site Web de la Canada Vie au **canadavie.com** ou communiquez avec le Service d'assistance aux clients collectifs au 1 800 957-9777. Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous au 711 pour que la ligne ATS transfère votre message au téléphoniste, ou au 1 800 855-0511 pour parler au téléphoniste qui enverra votre message vers la ligne ATS.

canada vie MC

Renseignements sur le patient
Zepbound (tirzépatide)

Renseignements fournis par le participant de régime – Veuillez remplir toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Participant de régime : _____ Nom du patient : _____

Nom du régime : _____ Numéro de régime : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____

Date de naissance du patient (jj-mm-aaaa) : _____ Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) : _____

Veuillez indiquer le numéro auquel vous préférez être joint et les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

_____

Pouvons-nous communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir votre adresse de courriel :

_____

Historique des traitements avec ce médicament

Le patient a-t-il déjà pris ou prend-il actuellement ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, a) veuillez indiquer la date de début (jj-mm-aaaa) : _____

b) veuillez préciser qui couvre ce médicament : _____

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

Autres régimes de garanties

Le patient a-t-il une assurance médicaments aux termes d'un autre régime collectif? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir le nom de l'autre compagnie d'assurance : _____

Si l'autre régime est détenu auprès de la Canada Vie, veuillez indiquer le numéro du régime et le numéro d'identification du participant : _____

Nom du participant de régime : _____

Lien avec le patient : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus :

_____

Programmes provinciaux ou autres protections

Le patient est-il couvert par un programme provincial ou détient-il une protection d'une autre source? ☐ Oui ☐ Non

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

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus : _____

Le patient reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? ☐ Oui ☐ Non

Programmes de soutien aux patients

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

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients : _____
2. Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource du programme de soutien aux patients :

Personne-ressource : _____ Numéro de téléphone : _____

canada vie MC

Renseignements fournis par le médecin
Zepbound (tirzépatide)

Note à l'intention du médecin : Afin d'évaluer la demande de règlement pour ce médicament, nous avons besoin de renseignements détaillés sur l'historique des médicaments d'ordonnance du patient, comme il est demandé ci-dessous.

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

Renseignements fournis par le médecin (en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin prescripteur : _____

Spécialité : _____

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) : _____

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

1. Dose prescrite et posologie :

☐ 2,5 mg une fois par semaine pour la semaine 4, augmenté par tranches de 2,5 mg toutes les 4 semaines, jusqu'à une dose maximale de 15 mg par semaine.

☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez justifier la dose prescrite : _____

2. Indication approuvée par Santé Canada (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) : _____

☐ Gestion du poids à long terme

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Renseignements fournis par le médecin ».

☐ Apnée obstructive du sommeil

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Apnée obstructive du sommeil ».

☐ Autre indication (approuvée par Santé Canada) : _____

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

☐ Autre indication (non approuvée par Santé Canada) : _____

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Emploi non conforme ».

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. Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament de la même classe thérapeutique.

_____

canada vie MC

Renseignements fournis par le médecin
Zepbound (tirzépatide)

Renseignements fournis par le médecin (suite) (en caractères d'imprimerie)

6. Historique des médicaments et des traitements prescrits – **à remplir pour chaque demande.** Si la protection à l'égard de ces médicaments n'était pas offerte par la Canada Vie, veuillez soumettre un imprimé de la pharmacie visant les 12 derniers mois indiquant l'achat de ce médicament.

Médicaments 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 :
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :

Gestion du poids à long terme

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 Zepbound 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

Zepbound sera-t-il pris en association avec un médicament contenant du sémaglutide ou tout autre agoniste du récepteur du GLP-1? ☐ Oui ☐ Non

Le patient répond-il à un des critères suivants :

☐ Le patient présente un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m^2 OU

☐ Le patient présente un IMC de 27 à 29 kg/m^2 ET

Le patient est atteint d'au moins une des comorbidités suivantes. Sélectionnez tout ce qui s'applique :

- ☐ Hypertension
- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Apnée obstructive du sommeil
- ☐ Prédiabète
- ☐ Maladies cardiovasculaires
- ☐ Aucune des réponses ci-dessus

Apnée obstructive du sommeil

Demande initiale

Le patient utilisera-t-il Zepbound pour le traitement de l'apnée obstructive du sommeil modérée à grave, définie par un indice d'apnées-hypopnées (IAH) égal ou supérieur à 15 événements par heure lors d'une polysomnographie? ☐ Oui ☐ Non

L'IMC du patient est-il égal ou supérieur à 30 kg/m^2? ☐ Oui ☐ Non

Le patient a-t-il déclaré avoir au moins une tentative infructueuse de régime alimentaire ou de programme d'exercices visant à perdre du poids? ☐ Oui ☐ Non

La prise de Zepbound sera-t-elle accompagnée d'un régime réduit en calories et d'une augmentation de l'activité physique? ☐ Oui ☐ Non

Zepbound sera-t-il pris en association avec un médicament contenant du sémaglutide ou tout autre agoniste du récepteur du GLP-1? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements fournis par le médecin
Zepbound (tirzépatide)

Autre indication (approuvée par Santé Canada)

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

Date de début du traitement (mm-aaaa) : _____

Veuillez décrire la réaction du patient au traitement, particulièrement en ce qui a trait aux signes et aux symptômes à l'apparition de la maladie. Joignez à la présente des copies des résultats d'examen pertinents, des rapports de consultation avec un spécialiste ou des notes cliniques.

Emploi non conforme

Veuillez vous assurer de répondre aux questions 1 à 6.

Date du diagnostic initial (jj-mm-aaaa) : _____

Est-ce qu'une preuve clinique justifie l'emploi non conforme de ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez fournir la littérature médicale ou les études cliniques qui appuient votre demande d'emploi non conforme, comme :

- Au moins deux essais cliniques de phase II ou de phase III démontrant des résultats constants en matière d'efficacité; et
- Des recommandations publiées dans des lignes directrices qui reposent sur des données probantes et qui appuient l'emploi du médicament.

Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles l'emploi non conforme de ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament ayant été approuvé pour traiter l'affection en cause.

Veuillez fournir tous les antécédents et les renseignements médicaux pertinents à l'appui de la présente demande d'emploi non conforme.

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, veuillez fournir la documentation qui prouve l'efficacité du traitement depuis la demande précédente.

Note à l'intention du médecin : La Canada Vie pourrait exiger que votre patient se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable dans une pharmacie désignée pour qu'il puisse obtenir un remboursement. Le cas échéant, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus de renseignements.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

Signature du médecin : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____

Numéro de permis ou d'inscription : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification. Une fois rempli, ce formulaire doit être retourné à la Canada Vie par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

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 : **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention de : Gestion des demandes de règlement, Médicaments

Par courriel : **cldrug.services@canadavie.com**
À l'attention de : Gestion des demandes de règlement, Médicaments