

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DE MÉDICAMENT



COMMENT REMPLIR VOTRE DEMANDE

Veuillez prendre note que certaines sections doivent être remplies par vous en tant que patient et d'autres par votre médecin. Une fois votre demande d'autorisation dûment complétée, veuillez la faire parvenir à Entente Plus par l'une des méthodes suivantes :

Courriel : auto.prealable@ententeplus.ca

Télécopieur : 1 866 797-6483

Poste : Entente Plus, Service d'autorisation préalable des médicaments
P.O BOX 1606, Windsor ON N9A 6W1

Veuillez prendre note que la soumission d'une demande incomplète pourrait entraîner un délai supplémentaire.

Votre demande sera évaluée par notre Service d'autorisation préalable des médicaments qui vous communiquera sa décision. Si vous avez des questions, appelez le Centre de service à la clientèle au 1 800 361-9888.

SI VOUS ÊTES COUVERT PAR DEUX RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Si vous êtes couvert par un autre régime (public ou privé), indiquez-le dans la demande d'autorisation.

Si Entente Plus n'est pas votre régime principal d'assurance médicaments, veuillez vous assurer qu'une demande d'autorisation pour le médicament a été soumise à votre régime principal. Une fois la réponse à cette demande reçue de votre régime principal, veuillez la joindre à la présente demande d'autorisation.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR MÉDICAMENT D'EXCEPTION

Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.

SECTION 1A - RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Prénom	Numéro d'ID	Nom de l'employeur
Nom de famille	Date de naissance (A/M/J)	Courriel
Adresse (no et rue)		
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone (maison)	Numéro de téléphone (cellulaire)	

SECTION 1B - COORDINATION DES PRESTATIONS

Programme d'aide aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament demandé? ☐ Oui ☐ Non		
	Si oui, nom du programme :		Identifiant du patient :
	Prénom du contact :	Nom du contact :	
	Téléphone :	Courriel :	
Intervenant-pivot en matière de remboursement des frais de médicaments	Le patient a-t-il communiqué avec un intervenant-pivot en matière de remboursement des frais de médicaments (p. ex. par le biais d'un centre hospitalier)? ☐ Oui ☐ Non		
	Nom de l'organisation :		
	Prénom du contact :	Nom du contact :	
	Téléphone :	Courriel :	
Couverture provinciale	Est-ce que le patient a demandé un remboursement auprès d'un régime provincial? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas		
	Quelle décision a été rendue? (Joindre la lettre de décision) ☐ Approuvé ☐ Refusé		
Autre couverture privée	Est-ce que le patient détient une autre couverture d'assurance? (Si oui, veuillez fournir les renseignements ci-dessous) ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas		
	Prénom du titulaire du régime	Nom du titulaire du régime	Date de naissance (A/M/J)
	Lien avec le titulaire du régime ☐ Assuré ☐ Conjoint ☐ Personne à charge ☐ Autre _____		
	Quelle décision a été rendue? (Joindre la lettre de décision) ☐ Approuvé ☐ Refusé		

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR
MÉDICAMENT D'EXCEPTION**

**Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder
le traitement de votre demande.**

SECTION 1C – CONSENTEMENT

J'autorise par la présente tout médecin/dentiste, praticien, hôpital, programme de soutien aux patients, clinique ou établissement médical agréé à fournir à Entente Plus tout renseignement au sujet de ma santé en lien avec la présente demande. J'autorise par la présente Entente Plus à obtenir et à échanger mes informations personnelles avec d'autres parties, au besoin, y compris tout professionnel de la santé, programme d'aide aux patients ou fournisseur du Programme de soins spécialisés qui collabore avec Entente Plus dans le but d'administrer la présente demande, et à toute entité prescrite telle que définie par la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, à des fins d'analyse ou de statistiques liées à la gestion, à l'évaluation ou à la planification de tout ou partie du système de santé, y compris l'allocation des ressources et la prestation des services de santé. Je reconnais que mes renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament, pour administrer le régime de garanties collectives et, le cas échéant, le Programme de soins spécialisés et les services de soutien aux patients. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être échangés et transférés entre ces parties à ces fins et qu'ils peuvent comprendre des renseignements sur mes réclamations de médicaments, mon diagnostic, mon état de santé, mon traitement et d'autres renseignements liés à ma santé. Je reconnais que le fait de donner mon consentement aidera Entente Plus à évaluer ma demande et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de cette demande. Je peux révoquer ce consentement à tout moment en envoyant des instructions écrites à cet effet à l'adresse indiquée ci-dessous. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu de la loi applicable au Canada uniquement lorsque les renseignements sont nécessaires pour administrer cette couverture ou pour confirmer l'exactitude de ces renseignements. Je certifie que les informations fournies sont, à ma connaissance, exactes et complètes.

Signature du patient	Date (AAAA/MM/JJ)
Si le patient est âgé de moins de 16 ans (14 ans au Québec), la signature d'un parent ou d'un tuteur est requise	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE SEMAGLUTIDE (OZEMPIC)

Entente
Plus⁺

SECTION 2A MÉDICAMENT QUI FAIT L'OBJET DE LA DEMANDE D'AUTORISATION

Nom et teneur du médicament	
Dosage	Fréquence d'administration
Voie d'administration (ex.: voie orale, etc.)	Durée du traitement
Est-ce que le patient utilise déjà le médicament? (Si oui, veuillez préciser la date de début) ☐ Oui ☐ Non Date de début de traitement(A/M/J)	

Si le traitement est déjà débuté, veuillez joindre une preuve de paiement et les détails de la couverture précédente, le cas échéant. Les patients qui reçoivent un traitement offert par un programme d'accès compassionnel ne seront considérés que s'ils répondaient aux critères de ce régime au début du traitement.

SECTION 2B – LIEU DE L'ADMINISTRATION

☐ Maison ☐ Bureau du médecin traitant ☐ Hôpital (malade hospitalisé) ☐ Hôpital (consultation externe) ☐ Centre d'administration*	* veuillez compléter les renseignements ci-dessous		
	Nom et adresse du centre d'administration		
	Ville	Province	Code postal

SECTION 2C MÉDICAMENT DEMANDÉ POUR ÉVALUATION

Pour l'utilisation d'Ozempic à une dose maximale de 1 mg par semaine

À utiliser comme traitement d'appoint à un régime alimentaire, à l'exercice et à la metformine ou à un second agent antihyperglycémique pour améliorer la maîtrise de la glycémie chez les patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 lorsque le régime alimentaire et l'exercice, en plus de la dose maximale tolérée de metformine, ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie.

Veuillez noter que l'utilisation d'Ozempic pour traiter l'obésité en l'absence d'un diagnostic de diabète sucré de type 2 ne sera pas considérée.

Un traitement d'association avec d'autres agonistes du récepteur GLP-1 ne sera pas pris en considération.

Diagnostic: _____

Veuillez confirmer que vous demandez l'approbation d'une dose maximale de 1 mg par semaine.

☐ OUI ☐ NON

Dates d'utilisation de la dose maximale tolérée de metformine : _____

Utilisation de la dose maximale tolérée de metformine : _____

Réponse au traitement par la metformine:

Taux cible d'HbA_{1c}: _____

Taux d'HbA_{1c} au départ: _____

Plus récent taux d'HbA_{1c} (au cours des trois derniers mois): _____

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE
SEMAGLUTIDE (OZEMPIC)**

**Entente
Plus⁺**

Si la metformine a été abandonnée ou n'a pas été essayée, veuillez fournir une justification précise quant à la nature de l'intolérance ou de la contre-indication :

Le patient a-t-il essayé d'autres traitements antihyperglycémiants? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom, la dose, la durée et le résultat du ou des traitements antérieurs.

1) Médicament: _____ Dose: _____ Durée: _____

Résultat: _____

2) Médicament: _____ Dose: _____ Durée: _____

Résultat: _____

3) Médicament: _____ Dose: _____ Durée: _____

Résultat: _____

*****Note: Les restrictions imposeront une dose maximale de 1 mg par semaine*****

Pour l'utilisation d'Ozempic à une dose maximale de 2 mg par semaine

Approbation initiale (12 mois) :

À utiliser comme traitement d'appoint à un régime alimentaire, à l'exercice, à la metformine et à un second agent antihyperglycémique pour améliorer la maîtrise de la glycémie chez les patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 lorsque le régime alimentaire et l'exercice, en plus de la dose maximale tolérée de metformine, l'utilisation d'un second agent antihyperglycémique et d'OZEMPIC à une dose de 1 mg par semaine pendant un minimum de 6 mois ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie.

Veuillez noter que l'utilisation d'Ozempic pour traiter l'obésité en l'absence d'un diagnostic de diabète sucré de type 2 ne sera pas considérée. Un traitement d'association avec d'autres agonistes du récepteur GLP-1 ne sera pas pris en considération.

Diagnostic : _____

Veuillez confirmer que vous demandez l'approbation d'une dose maximale de 2 mg par semaine. ☐ OUI ☐ NON

Dates d'utilisation hebdomadaire d'Ozempic à une dose de 1 mg : _____

Taux cible d'HbA1c : _____

Si le taux cible n'est pas inférieur à 7 %, veuillez fournir une justification : _____

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE
SEMAGLUTIDE (OZEMPIC)**

**Entente
Plus⁺**

Taux actuel d'HbA1c (doit être mesuré au moins six mois après l'instauration d'Ozempic à une dose de 1 mg par semaine) ** Note : une copie des analyses sanguines DOIT être jointe** _____

Utilisation de metformine :

Dose : _____ Durée : _____

Résultat : _____

La metformine sera-t-elle utilisée en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine? ☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

Second agent antihyperglycémique utilisé :

Médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____

Résultat : _____

Cet agent sera-t-il utilisé en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine? ☐ OUI ☐ NON

Note : L'utilisation continue d'un second agent antihyperglycémique qui n'est pas de la metformine, en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine, est requise aux fins d'examen.

Le patient a-t-il essayé d'autres traitements antihyperglycémiques? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom, la dose, la durée et le résultat du ou des traitements antérieurs.

1) Médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____

Résultat : _____

Cet agent sera-t-il utilisé en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine?

☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

2) Médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____

Résultat : _____

Cet agent sera-t-il utilisé en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine?

☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

3) Médicament : _____ Dose : _____ Durée : _____

Résultat : _____

Cet agent sera-t-il utilisé en combinaison avec le traitement d'OZEMPIC de 2 mg par semaine?

☐ OUI ☐ NON

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

*****Note : Les restrictions imposeront une dose maximale de 2 mg par semaine*****

Renouvellements (pour la posologie de 2 mg par semaine seulement):

Les renouvellements subséquents seront considérés seulement chez les patients dont le taux d'HbA1c a diminué après 12 mois.

Taux d'HbA1c au départ (avant le passage à 2 mg par semaine) : _____

Taux actuel d'HbA1c ** Note: une copie des analyses sanguines DOIT être jointe** _____

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DE MÉDICAMENT

Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.

SECTION 3A – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR ET SIGNATURE

Prénom	Numéro de permis	Spécialité
Nom de famille	Téléphone	Télécopieur
Adresse (no et rue)		
Ville	Province	Code postal
Signature		Date (AAAA/MM/JJ)

SECTION 3B – INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION DE LA DEMANDE

Veuillez nous faire parvenir le formulaire de demande par l'une des méthodes suivantes :

Par télécopieur : 1 519 739-6483 ou
1 866 797-6483

Par la poste : Entente Plus, Service d'autorisation
préalable des médicaments
P.O BOX 1606, Windsor ON N9A 6W1

Par courriel : auto.prealable@ententeplus.ca

LES FRAIS ÉVENTUELS ENTRAÎNÉS PAR L'OBTENTION DES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE L'ASSURÉ.