

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DE MÉDICAMENT, PROGRAMME DE SOINS SPÉCIALISÉS ET SERVICES DE SOUTIEN À L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE



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 First Canadian Insurance Corporation par l'une des méthodes suivantes :

Courriel : drugspecial.auth@fcbenefits.ca

Télécopieur : 1 866 797-6483

Poste : First Canadian Insurance Corporation, Drug Special Authorization Team
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 1 866 328-9096.

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 First Canadian 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.

PROGRAMME DE SOINS SPÉCIALISÉS (non applicable au Québec)

Si First Canadian approuve votre demande, vous devrez peut-être vous procurer votre médicament dans une pharmacie partenaire. Le cas échéant, un coordonnateur de soins communiquera avec vous afin de vous aider à trouver une pharmacie dans votre région. Il prendra des dispositions avec vous et votre médecin pour que l'ordonnance soit envoyée à la pharmacie de votre choix. Si vous choisissez de ne pas passer par le coordonnateur de soins et de vous procurer votre médicament dans une pharmacie non partenaire, votre réclamation pourrait ne pas être prise en charge par votre régime.

SERVICES DE SOUTIEN À L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Certains patients peuvent avoir du mal à prendre leurs médicaments selon les instructions de leur médecin. Si votre demande est approuvée, vous aurez peut-être accès à des services de soutien à l'observance thérapeutique. Le cas échéant, un spécialiste vous fournira des outils pour prendre vos médicaments comme prescrits. Il s'agit d'un programme volontaire qui vous offre un accompagnement, des ressources et un suivi continu par du personnel infirmier autorisé pendant votre traitement.

**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 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 First Canadian tout renseignement au sujet de ma santé en lien avec la présente demande. J'autorise par la présente First Canadian 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 First Canadian 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 First Canadian 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 AGENTS ANTI-OBÉSITÉ



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

Veuillez cocher la case correspondant au médicament dont vous demandez l'autorisation :

- ☐ Contrave (naltrexone/bupropion)
- ☐ Saxenda (liraglutide)
- ☐ Wegovy (sémaglutide)
- ☐ Zepbound (tirzépate)

*Contrave et Zepbound ne sont autorisés que pour les adultes. Saxenda et Wegovy sont autorisés pour les adultes et les adolescents et adolescentes de 12 ans et plus. Les traitements d'association ne seront PAS pris en considération.

Approbation initiale (6 mois)

Indiqué comme complément à un régime hypocalorique ainsi qu'une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids chronique chez les patients de 12 ans et plus.

Âge du patient : _____ Sexe du patient¹ : _____

Date des mesures actuelles (dans les 60 jours suivant la demande) : _____

Mesures actuelles du patient :

Taille (cm/po) : _____ Poids (kg/lb) : _____ IMC (kg/m²) : _____

Facteur(s) de risque contributif(s) :

¹ Il s'agit du sexe assigné à la naissance.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE AGENTS ANTI-OBÉSITÉ



Le patient a-t-il augmenté son activité physique (définie comme un minimum de 150 minutes d'exercice intense par semaine) pendant au moins six mois?

☐ OUI ☐ NON

Si NON, fournir une justification :

Si le patient ne peut tolérer des exercices intenses, participe-t-il régulièrement à des activités physiques à faible impact (marche, natation, etc.)?

☐ OUI ☐ NON

Le patient a-t-il suivi une formation en nutrition dispensée par un diététiste?

☐ OUI ☐ NON

Citez au moins deux régimes hypocaloriques que le patient a essayé de suivre :

1) _____

2) _____

Autres régimes essayés (le cas échéant) : _____

Le patient a-t-il subi une chirurgie bariatrique?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, date de l'intervention chirurgicale : _____

Poids avant l'opération (kg/lb) : _____

Poids après l'opération, une fois la perte de poids stabilisée (kg/lb) : _____

Renouvellement

Les renouvellements ultérieurs ne seront envisagés pour les patients de 12 ans et plus que si une perte de poids d'au moins 5 % (ou une diminution d'au moins 4 % de l'IMC pour les enfants) a été constatée et maintenue après le traitement initial. La taille, le poids et l'indice de masse corporelle (IMC) de référence et actuels du patient doivent être indiqués.

Mesures de référence :

Date des mesures de référence : _____

Mesures de référence du patient :

Taille (cm/po) : _____ Poids (kg/lb) : _____ IMC (kg/m²) : _____

Mesures actuelles :

Date des mesures actuelles (*dans les 60 jours suivant la demande*) : _____

Mesures actuelles du patient :

Taille (cm/po) : _____ Poids (kg/lb) : _____ IMC (kg/m²) : _____

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 courriel : drugspecial.auth@fcbenefits.ca	Par la poste : First Canadian Insurance Corporation, Drug Special Authorization Team P.O BOX 1606, Windsor ON N9A 6W1

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