

# 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](mailto: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**

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                            |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Programme d'aide aux patients</b>                                          | Le patient est-il inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament demandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                            |                            |                           |
|                                                                               | Si oui, nom du programme :                                                                                                                                                                                                    |                            | Identifiant du patient :  |
|                                                                               | Prénom du contact :                                                                                                                                                                                                           | Nom du contact :           |                           |
|                                                                               | Téléphone :                                                                                                                                                                                                                   | Courriel :                 |                           |
| <b>Intervenant-pivot en matière de remboursement des frais de médicaments</b> | 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          |                            |                           |
|                                                                               | Nom de l'organisation :                                                                                                                                                                                                       |                            |                           |
|                                                                               | Prénom du contact :                                                                                                                                                                                                           | Nom du contact :           |                           |
|                                                                               | Téléphone :                                                                                                                                                                                                                   | Courriel :                 |                           |
| <b>Couverture provinciale</b>                                                 | Est-ce que le patient a demandé un remboursement auprès d'un régime provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas                                          |                            |                           |
|                                                                               | Quelle décision a été rendue? (Joindre la lettre de décision) <input type="checkbox"/> Approuvé <input type="checkbox"/> Refusé                                                                                               |                            |                           |
| <b>Autre couverture privée</b>                                                | Est-ce que le patient détient une autre couverture d'assurance? (Si oui, veuillez fournir les renseignements ci-dessous) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge <input type="checkbox"/> Autre _____                                            |                            |                           |
|                                                                               | Quelle décision a été rendue? (Joindre la lettre décision) <input type="checkbox"/> Approuvé <input type="checkbox"/> 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 LIRAGLUTIDE (Victoza)**



## **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? ☐ Oui ☐ Non Date de début de traitement (A/M/J)  
(Si oui, veuillez préciser la date de début)

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**

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |          |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Maison<br><input type="checkbox"/> Bureau du médecin traitant<br><input type="checkbox"/> Hôpital (malade hospitalisé)<br><input type="checkbox"/> Hôpital (consultation externe)<br><input type="checkbox"/> Centre d'administration* | <b>* veuillez compléter les renseignements ci-dessous</b> |          |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nom et adresse du centre d'administration                 |          |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ville                                                     | Province | Code postal |

## **SECTION 2C – MÉDICAMENT DEMANDÉ POUR ÉVALUATION**

### **Approbation initiale**

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

Veuillez noter que l'utilisation 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: \_\_\_\_\_

Dates d'utilisation de la dose maximale tolérée de metformine : \_\_\_\_\_

Utilisation de la dose maximale tolérée de metformine : \_\_\_\_\_

Plus récent taux d'HbA1c (au cours des trois derniers mois) : \_\_\_\_\_

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 :

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE  
LIRAGLUTIDE (Victoza)**



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 : \_\_\_\_\_

**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 :

|                                                                                                          |                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Par télécopieur :</b> 1 519 739-6483 ou<br>1 866 797-6483                                             | <b>Par la poste :</b> First Canadian Insurance Corporation, Drug<br>Special Authorization Team<br>P.O BOX 1606, Windsor ON N9A 6W1 |
| <b>Par courriel :</b> <a href="mailto:drugspecial.auth@fcbenefits.ca">drugspecial.auth@fcbenefits.ca</a> |                                                                                                                                    |

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