

**IMPORTANT – BIEN LIRE AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE****VOUS N'AVEZ PAS À REMPLIR CE FORMULAIRE SI :**

Vous avez fait une réclamation pour un médicament pour traiter le diabète de type 2 au cours des quatre derniers mois.

Le sémaglutide pourrait être couvert sans que vous ayez à remplir ce formulaire d'autorisation préalable.

Consultez l'outil WebRx<sup>MD</sup> dans l'application iA Mobile et dans l'Espace client ([ia.ca/moncompte](http://ia.ca/moncompte)). Après avoir indiqué le médicament prescrit, l'outil vous confirmera si le sémaglutide est couvert en fonction de l'historique de réclamations liées au diabète.

Si WebRx<sup>MD</sup> indique que le sémaglutide n'est pas couvert, vous pouvez soumettre une demande d'autorisation en remplissant le présent formulaire pour nous permettre d'obtenir les informations nécessaires à l'évaluation de votre situation particulière.

Selon votre régime, le remboursement des médicaments d'origine (Ozempic et Rybelsus) pourrait être limité au coût du médicament générique équivalent le moins cher.

Veuillez aller à la page 5 pour la marche à suivre.

☐ **Renouvellement**

☐ **Demande initiale**

**PARTIE 1 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE OU LA PARTICIPANT(E) OU PATIENT(E)**

Nom du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Nom du ou de la patient(e) – si différent \_\_\_\_\_

Lien avec le ou la participant(e) : ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant à charge Date de naissance – patient(e) 

|  |   |  |  |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
|  | A |  |  |  | M |  |  | J |
|  |   |  |  |  |   |  |  |   |

**Coordination des prestations**

Si le ou la patient(e) détient son propre régime d'assurance médicaments ou est inscrit(e) à un régime d'assurance médicaments provincial, la demande doit d'abord y être acheminée.

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Couverture par un autre régime d'assurance médicaments</b> | Est-ce que le ou la patient(e) est couvert(e) par un autre régime d'assurance médicaments?<br><input type="checkbox"/> Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus)<br><input type="checkbox"/> Non                                                      |
| <b>Couverture par le régime provincial</b>                    | Est-ce qu'une demande de remboursement a été soumise auprès du régime provincial du ou de la patient(e)?<br><input type="checkbox"/> Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus)<br><input type="checkbox"/> Non                                        |
| <b>Programme de soutien aux patients</b>                      | Est-ce que le ou la patient(e) est inscrit(e) à un programme de soutien aux patients?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><br>Si oui – Nom du programme : _____<br><br>Nom de la personne-ressource : _____<br><br>Téléphone : _____ Poste : _____ |

**Je consens** à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.

Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, **je déclare** avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.

En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, **j'autorise** mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. **Je consens** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employé(e)s, à ses représentant(e)s, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de remboursement de médicament. **J'accepte** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

**Je reconnais** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'originale.

Signature du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

Date 

|  |   |  |  |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
|  | A |  |  |  | M |  |  | J |
|  |   |  |  |  |   |  |  |   |

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Courriel du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

**⚠ Veuillez répondre à toutes les questions de toutes les sections, sans exception. Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.**

☐ Injection de sémaglutide (Ozempic), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale hebdomadaire de 1 mg.

☐ Comprimé de sémaglutide (Rybelsus), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale quotidienne de 14 mg.

Teneur du médicament : \_\_\_\_\_

Voie d'administration (ex. : voie orale, etc.) : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_

Le médicament devra-t-il être administré à l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que le ou la patient(e) participe ou a déjà participé à une étude clinique pour ce médicament?

☐ Oui (date de fin de l'étude) A M J ☐ Non

Est-ce que le ou la patient(e) utilise déjà le médicament?

☐ Oui (date de début du traitement) A M J ☐ Non

### Diagnostic / Indication thérapeutique

☐ Diabète de type 2

☐ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## Administration du sémaglutide en association avec la metformine?

☐ Oui

☐ Non, précisez les raisons pour lesquelles le sémaglutide n'est pas administré en association avec la metformine :

### Médicaments ou traitements antérieurs

| Nom du médicament ou du traitement   |                                                                                                                                                                                                      | Période du traitement                                                                                                           |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____ | <div><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate    <input type="checkbox"/> Intolérance</div> <div><input type="checkbox"/> Contre-indication</div> <div>Précisez : _____<br/>_____<br/>_____</div> | <div>Du : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> <div>Au : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> |
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____ | <div><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate    <input type="checkbox"/> Intolérance</div> <div><input type="checkbox"/> Contre-indication</div> <div>Précisez : _____<br/>_____<br/>_____</div> | <div>Du : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> <div>Au : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> |
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____ | <div><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate    <input type="checkbox"/> Intolérance</div> <div><input type="checkbox"/> Contre-indication</div> <div>Précisez : _____<br/>_____<br/>_____</div> | <div>Du : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> <div>Au : <div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div></div> |

Renseignements complémentaires (facultatifs)

Prénom et nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro du permis \_\_\_\_\_

☐ Généraliste    ☐ Spécialiste    ☐ Autre, préciser \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date 

|  |   |  |   |  |   |
|--|---|--|---|--|---|
|  |   |  |   |  |   |
|  | A |  | M |  | J |

TIMBRE

Espace réservé à l'administration

 Veuillez répondre à toutes les questions de toutes les sections, sans exception.  
Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.

## DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR UN MÉDICAMENT

### MARCHE À SUIVRE ET INFORMATION IMPORTANTE

#### Comment remplir le formulaire

Étape 1 : Le ou la participant(e) ou patient(e) doit remplir la partie 1.

Étape 2 : Le médecin prescripteur doit remplir la partie 2.

- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être assumés par le ou la participant(e) ou patient(e).
- Le traitement de votre réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas dûment rempli ou comporte des erreurs.
- Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre réclamation pour un médicament qui figure sur la liste d'autorisation préalable de iA Groupe financier. Le médicament doit répondre aux critères de votre régime pour être couvert. Au Québec, si un médicament est couvert parce qu'il figure sur la liste des médicaments d'exception de la RAMQ, il doit également répondre aux critères du présent régime pour être couvert.
- Le fait de remplir et de transmettre le présent formulaire ne signifie pas que votre demande sera acceptée. Vous recevrez le remboursement d'un médicament de la liste d'autorisation préalable uniquement si iA Groupe financier a évalué et accepté votre demande.
- Vous recevrez un avis dans les dix jours suivant la réception de votre demande chez iA Groupe financier. Cet avis vous informera de l'acceptation ou du refus de votre demande.
- Il est possible de voir le statut de votre demande dans l'Espace client.

#### Comment nous transmettre votre formulaire

##### Par télécopieur (selon votre province de résidence) :

###### Québec

1 855 884-9811

###### Toutes les autres provinces

1 877 780-7247

**Par messagerie sécurisée** : Connectez-vous à l'Espace client, notre site sécurisé, et cliquez sur **Mes messages**.

##### Par courrier (selon votre province de résidence) :

###### Québec

Règlements, Santé et dentaire,  
Assurance collective  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

###### Toutes les autres provinces

Règlements, Santé et dentaire,  
Assurance collective  
C. P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle, au 1 877 422-6487.

Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HNE)