

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PRÉALABLE OZEMPIC ET LES GÉNÉRIQUES (sémaglutide)

Instructions:
Section 1 à remplir par le participant du régime/patient
Sections 2 et 3 à remplir par le médecin prescripteur
Section 4 à remplir par le médecin prescripteur et pharmacien

Veillez retourner la demande complète au :

NexgenRx Formulary Management
145 The West Mall P.O. Box 110 U,
Toronto, Ontario, M8Z 5M4
Par télécopieur : 1-877-639-4369
Par courriel providerservices@nexgenrx.com

Les frais engagés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient. Les frais ne sont pas admissibles au remboursement au titre du régime

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES : LES FORMULAIRES INCOMPLETS PEUVENT ENTRAINER UN REFUS

SECTION 1A: RENSEIGNEMENTS DE LA POLITIQUE D'ASSURANCE

No d'Administrateur: No de Group (8 Chiffres max.): No de Certificat (12 chiffres max.): No Code de patient (3 chiffres):
98

SECTION 1B: RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Prénom: Nom: Date de Naissance (JJ MMM AAAA): Sexe:
☐ Masculin ☐ Féminin
☐ Je préfère ne pas divulguer
Adresse: Ville: Province: Code postal::

No téléphone: Courriel: Relation avec le participant du régime:
☐ Employé(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant/ Personne à charge

SECTION 1C: RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT AU RÉGIME

Prénom: Nom: Employeur:

No téléphone: Courriel:

SECTION 1D: COORDINATION DE PRESTATION – RÉGIME PROVINCIALE

Le patient est-il couvert par un régime provincial ? ☐ Oui ☐ Non
Quel est le résultat de la couverture ? (Veuillez joindre la lettre du résultat de la couverture) ☐ Approuve ☐ Refuse

SECTION 1E: CCOORDINATION DE PRESTATION – RÉGIME COLLECTIF

Le patient est-il couvert par un autre régime collectif ? ☐ Oui ☐ Non
Quel est le résultat de la couverture ? (Veuillez joindre la lettre du résultat de la couverture) ☐ Approuve ☐ Refuse
Prénom du participant de régime : Nom du participant de régime: Date de Naissance (JJ MMM YYYY): Relation avec le participant du régime:
☐ Employé(e) ☐ Conjoint(e)
☐ Enfant/ Personne à charge

Nom du régime : No d'Administrateur: No de Group : No de Certificat:

SECTION 1F: COORDINATION OF BENEFITS – PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

Le patient est-il couvert par un programme d'aide aux patients ? ☐ Oui ☐ Non
Le patient consent à ce que NexgenRx contacte le programme de soutien aux patients? ☐ Oui ☐ Non
Nom du programme de soutien aux patients : Identifiant du patient du programme : No télécopieur

Prénom du contact: Nom du contact : No téléphone: Courriel:

SECTION 1G: COORDINATION DE PRESTATIONS – INVALIDITÉ

Le patient reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité pour la maladie traitée ? ☐ Oui ☐ Non

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PRÉALABLE OZEMPIC ET LES GÉNÉRIQUES (sémaglutide)

SECTION 1H: COORDINATION OF BENEFITS – DRUG ACCESS NAVIGATOR

Le patient reçoit-il actuellement le soutien d'un navigateur d'accès aux médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient consent à ce que NexgenRx contacte Drug Access Navigator ? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'organisation:

Identifiant du patient:

No télécopieur:

Prénom du contact:

Nom du contact:

No téléphone:

Courriel:

Les résultats de cette demande seront communiqués

☐ Patient ☐ Participant au régime ☐ Programme de soutien au patient* ☐ Navigateur D'Accès* ☐ Pharmacie*

Pour chaque destinataire préféré, le courriel et le consentement du patient DOIVENT être fournis dans leurs sections respectives.

Les détails sur le patient, le participant au régime, le programme de soutien aux patients et le navigateur d'accès aux médicaments se trouvent à la section 1. Les détails sur la pharmacie se trouvent à la section 4.

☐ Gardien Légal

Consentement fourni

Courriel (Obligatoire) :

☐ Oui ☐ Non

SECTION 1I: CONSENTEMENT

J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser les informations personnelles divulguées sur ce formulaire, ainsi que toute autre information personnelle connue de NexgenRx Inc. concernant le patient susmentionné, dans le but de participer à ce programme clinique de soutien aux patients et (b) contacter, obtenir de telles informations personnelles et divulguer ces informations personnelles à tout médecin, pharmacien, autre professionnel de la santé ou agent ayant une connaissance de l'état de santé de ce patient pertinent à cette demande et à toute réclamation relié à celle-ci. Vous autorisez que ce formulaire soit fourni à un fournisseur autorisé par votre employeur sur demande.

J'accepte d'être contacté par des sociétés extérieures autres que NexgenRx par téléphone, SMS ou courriel et au transfert d'informations personnelles par téléphone, fax ou courriel entre le fournisseur autorisé, mon assureur et mon (mes) fournisseur(s) de soins de santé pour le dans le but de déterminer mon admissibilité au programme et à la prestation des services du programme. Les courriels et SMS peuvent être utilisés au cours de ma participation au programme pour m'informer de mon statut dans le programme, des services du programme et pour fournir des notifications et des rappels. Je reconnais que ni le courrier électronique ni le SMS ne constituent une méthode de communication sécurisée. Les informations contenues dans les courriels et les SMS peuvent potentiellement être consultées et lues par un tiers. La communication électronique est optionnelle et vous pouvez retirer cette option de communication électronique à tout moment.

*Si le patient bénéficie d'un autre régime d'assurance médicaments, cette demande peut couvrir une partie ou la totalité de la portion non payée par le régime principal.

En signant ci-dessous, vous certifiez que toutes les informations mentionnées dans ce formulaire sont authentiques et que les informations fournies sont vraies et complètes et si une telle réclamation concerne votre conjoint ou toute personne à votre charge, vous avez leur consentement à nous divulguer leurs informations personnelles pour finalité mentionnée ci-dessus. Vous nous autorisez également à obtenir et à échanger des informations concernant cette réclamation avec toute personne disposant de telles informations pertinentes, y compris tout fournisseur de soins de santé, assureur, arbitre ou administrateur de réclamations ou tout régime ou programme d'avantages sociaux financé par le secteur privé ou public.

Nom du patient / Tuteur Légal :

Signature du patient / Tuteur Légal :

Date (JJ MMM AAAA):

SECTION 2 : MÉDICAMENT DEMANDÉ (à remplir par un médecin)

Nom du médicament, concentration et dose	
Numéro d'identification du médicament (DIN)	
Type de médicament demandé :	☐ Nom de marque ou équivalent générique *Le coût admissible du médicament de marque sera basé sur l'alternative générique, et toute différence de prix sera à la charge du patient ☐ Nom de marque – aucune substitution générique **Veuillez cesser et ne pas poursuivre. Remplissez le Formulaire de demande pour médicament de marque, disponible en téléchargement sur notre site Web : https://priorauthforms.okrx.ca/Nexgen/EN . Pour être admissible à l'approbation, le patient doit avoir essayé deux équivalents génériques contenant la même molécule, avec une justification médicale documentée pour l'utilisation du médicament de marque. Si la demande est approuvée, le régime couvrira le coût du médicament de marque. ☐ Équivalent générique
Indication :	☐ Diabète de type 2 ☐ UTILISATION HORS INDICATION : (Veuillez noter que seules les « indications » publiées dans la monographie du produit soumise à Santé Canada seront considérées) ☐ Diabète de type 1 ☐ Obésité et gestion chronique du poids : Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ ☐ Autre (veuillez préciser) : _____
Durée prévue du traitement	
Quantité prescrite ou joindre une copie de l'ordonnance	Quantité prescrite / dose : _____ ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre fréquence (veuillez préciser) : _____
Date de début :	
Lieu d'administration du traitement (Préciser l'endroit où le médicament sera administré)	☐ Domicile (administré par le patient) ☐ Clinique (administré par un professionnel de la santé) ☐ Hôpital ☐ Autre (veuillez préciser) : _____
Le patient a-t-il déjà utilisé ce médicament ?	☐ Oui – Renouvellement Date de début du traitement : _____ ☐ Non – Nouveau traitement
POUR RENOUVELLEMENT : Réponse clinique :	☐ Améliorée ☐ Stable ☐ Aucune réponse
POUR RENOUVELLEMENT : Effets indésirables ?	☐ Oui ☐ Non
Médicaments concomitants avec le médicament demandé, le cas échéant :	
Si des traitements alternatifs ont été envisagés ou initiés auparavant : Veuillez indiquer les traitements essayés, y compris la réponse clinique ou les résultats observés, ainsi que les raisons de l'arrêt (p. ex. manque d'efficacité, effets indésirables ou préférence du patient).	

FORMULAIRE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

OZEMPIC ET LES GÉNÉRIQUES (sémaglutide)

SECTION 3: RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

L'admissibilité à la couverture du médicament dépend du fait que le patient satisfait à au moins un des critères ci-dessous. Si le patient possède un autre régime d'assurance médicaments, l'autorisation préalable peut couvrir une partie ou la totalité des coûts excédentaires non payés par le régime principal

Veillez indiquer si le patient satisfait à au moins un des critères suivants :

- ☐ Indiqué pour le traitement hebdomadaire chez les patients adultes atteints de **DIABÈTE DE TYPE 2** afin d'améliorer le contrôle glycémique, en association avec :
 - ☐ Régime alimentaire et exercice, lorsque la metformine est contre-indiquée ou mal tolérée
 - ☐ Metformine, lorsque régime + exercice + dose maximale tolérée ne suffisent pas
 - ☐ Metformine et une sulfonylurée, lorsque la bithérapie ne suffit pas
 - ☐ Metformine ou sulfonylurée + inhibiteur SGLT2, lorsque le contrôle reste inadéquat
 - ☐ Insuline basale avec ou sans metformine, lorsque le contrôle reste inadéquat
- ☐ Indiqué, en association avec les mesures diététiques, l'exercice physique et les traitements standards, pour la réduction du risque d'événements cardiovasculaires majeurs (décès cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal ou accident vasculaire cérébral non fatal) chez les adultes atteints de diabète de type 2 présentant une maladie cardiovasculaire établie et/ou une maladie rénale chronique.
- ☐ Indiqué pour la réduction du risque de déclin durable du débit de filtration glomérulaire (DFG), d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale et de décès cardiovasculaire chez les adultes présentant un diabète de type 2 associé à une insuffisance rénale chronique.

POUR LE DIABÈTE DE TYPE 2 :

HbA1c cible :	
HbA1c de base	
HbA1c la plus récente :	
Dose maximale de metformine tolérée utilisée :	
Date de début de la metformine :	
Si la metformine a été arrêtée ou non utilisée, veuillez justifier :	

Renseignements cliniques supplémentaires :

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PRÉALABLE

OZEMPIC ET LES GÉNÉRIQUES (sémaglutide)

SECTION 4A: INFORMATIONS POUR LE MÉDECIN

Prénom du médecin prescripteur:	Nom du médecin prescripteur:	No de permis :	Spécialité:
Nom de la clinique/ organisation:			
Adresse :	Ville:	Province:	Code postal:
No de téléphone:	No de télécopieur:	Courriel :	
Signature du médecin prescripteur:		Date (JJ MMM YYYY):	

SECTION 4B: INFORMATIONS DE LA PHARMACIE

Prénom du pharmacien(ne):	Nom du pharmacien(ne):	No de permis :
Nom de la pharmacie:	No de fournisseur:	
Adresse de la pharmacie:	VILLE:	Province: Code postal:
No de téléphone:	No de télécopieur:	Courriel :
Le patient consent à ce que NexgenRx contacte la pharmacie ? ☐ Oui ☐ Non		
Signature du pharmacien(ne):		Date (JJ MMM YYYY):

Instructions: Section 1 à remplir par le participant du régime/patient Sections 2 et 3 à remplir par le médecin prescripteur Section 4 à remplir par le médecin prescripteur et pharmacien	Veillez retourner la demande complète au : NexgenRx Formulary Management Par télécopieur : 1-877-639-4369 Mail: 145 The West Mall P.O. Box 110 U, Toronto, Ontario, M8Z 5M4 Par courriel providerservices@nexgenrx.com
---	---

Les frais engagés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient. Les frais ne sont pas éligibles au remboursement au titre du régime

TOUS LES CHAMPS SONT OBLGATOIRES : LES FORMULAIRES INCOMPLETS PEUVENT ENTRAINER UN REFUS

UTILISATION INTERNE

Date de réception (JJ/MM/YYYY):	Date de début (JJ/MM/YYYY):	Date d'achèvement (JJ/MM/YYYY):	Date approuvée (JJ/MM/YYYY):