

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: COORDINATION 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

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 ☐ Oui ☐ Non Courriel (Obligatoire) : _____

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)	
Indication	
Durée prévue du traitement	
Quantité prescrite (ou joindre une copie de l'ordonnance)	Dose / quantité prescrite : _____ ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre fréquence (veuillez préciser) : _____
Date de début	
Lieu d'administration du traitement (préciser où le médicament sera administré)	☐ Domicile (administré par l'assuré[e]) ☐ Clinique (administré par un professionnel de la santé) ☐ Hôpital ☐ Autre (veuillez préciser) : _____
L'assuré(e) a-t-il (elle) déjà utilisé ce médicament?	☐ Oui – Renouvellement Date de début du traitement : _____ ☐ Non – Nouveau traitement
POUR RENOUVELLEMENT : Réponse clinique	☐ Amélioration ☐ Stabilisation ☐ Aucune réponse
POUR RENOUVELLEMENT : Effets indésirables	☐ Oui ☐ Non
Preuve de tentatives antérieures de perte de poids (p. ex. régime alimentaire, exercice) et documentation des programmes de modification du mode de vie	
Médicaments concomitants (le cas échéant)	
Traitements antérieurs Si d'autres traitements ont été envisagés ou initiés, veuillez indiquer : - les traitements essayés - la réponse clinique observée - les raisons de l'arrêt (p. ex. inefficacité, effets indésirables, préférence de l'assuré[e])	
Bilans initiaux effectués	☐ Oui (veuillez joindre les résultats) ☐ Non – veuillez préciser la raison :
Veuillez vous assurer que les résultats de laboratoire et/ou rapports d'examen les plus récents sont joints à la demande.	

SECTION 3: INFORMATIONS CLINIQUES

L'admissibilité à la couverture du médicament dépend du respect par le patient d'au moins un des critères d'admissibilité énumérés ci-dessous. Si le patient a un autre régime d'assurance-médicaments, l'autorisation préalable peut couvrir une partie ou la totalité de l'excédent non payé par le régime principal.

Veuillez indiquer si le patient satisfait à au moins un des critères d'admissibilité suivants pour la couverture du médicament :

Comme complément à un régime réduit en calories et à une activité physique accrue pour la gestion chronique du poids chez :

☐ **Patients adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) de :**

☐ 30 kg/m² ou plus (obésité)

☐ 27 kg/m² ou plus (surpoids) en présence d'au moins une comorbidité liée au poids telle que :

- ☐ Hypertension
- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Apnée obstructive du sommeil

☐ Pour réduire le risque d'infarctus du myocarde non mortel chez les adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire établie et ayant un IMC égal ou supérieur à 27 kg/m².

☐ Traitement de la stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique non cirrhotique (MASH) chez les adultes présentant une fibrose hépatique modérée à avancée (correspondant aux stades F2 à F3 de la fibrose)

☐ **Patients pédiatriques âgés de 12 à moins de 18 ans :**

☐ Avec un IMC égal ou supérieur au 95e percentile pour l'âge et le sexe, ET

☐ Un poids corporel supérieur à 60 kg (132 lb), ET

☐ Une réponse inadéquate à un régime réduit en calories et à l'activité physique seule.

Poids actuel du patient			
Taille actuelle du patient			
IMC actuel du patient		Pour les demandes de renouvellement, veuillez fournir l'IMC INITIAL du patient avant le début du traitement	
Mesure de la taille (ou tour de taille)			

Toute information clinique supplémentaire à l'appui de la demande :

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PRÉALABLE

Wegovy (semaglutide)

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:	Veillez retourner la demande complète au :
Section 1 à remplir par le participant du régime/patient	NexgenRx Formulary Management
Sections 2 et 3 à remplir par le médecin prescripteur	Par télécopieur : 1-877-639-4369
Section 4 à remplir par le médecin prescripteur et pharmacien	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):
---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------