



Demande d'autorisation préalable

HUMIRA, ABRILADA, AMGEVITA, HADLIMA, HULIO, HYRIMOZ, IDACIO, SIMLANDI, YUFLYMA (adalimumab)

Directives

Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Patient

Renseignements sur le patient

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :	

Coordination des prestations

Programme de soutien aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
Couverture par le régime provincial	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*

Autorisation

En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance médicaments et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance médicaments. Ce consentement demeurera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts par le contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à un remboursement dans le cadre dudit contrat, ou de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Signature du participant

Date



Demande d'autorisation préalable

HUMIRA, ABRILADA, AMGEVITA, HADLIMA, HULIO, HYRIMOZ, IDACIO, SIMLANDI, YUFLYMA (adalimumab)

Partie B – Médecin prescripteur

Veuillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veuillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

<input type="checkbox"/> HUMIRA	<input type="checkbox"/> ABRILADA	<input type="checkbox"/> AMGEVITA	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement*
<input type="checkbox"/> HADLIMA	<input type="checkbox"/> HULIO	<input type="checkbox"/> HYRIMOZ	
<input type="checkbox"/> IDACIO	<input type="checkbox"/> SIMLANDI	<input type="checkbox"/> YUFLYMA	
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement

Où le médicament sera-t-il administré?

- Domicile Bureau du médecin / clinique de perfusion Hôpital (patient externe) Hôpital (patient hospitalisé)

* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

Polyarthrite rhumatoïde

- Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez l'adulte. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante à un essai d'au moins 12 semaines de méthotrexate en association avec un autre antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* OU
- Lorsqu'une association d'ARMM non biologiques est impossible, le patient a essayé 3 traitements consécutifs d'ARMM non biologiques, à moins que le patient ne présente une intolérance aux ARMM. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

- Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. ET
- Le patient est âgé d'au moins 2 ans. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Spondylarthrite ankylosante

- Traitement de la spondylarthrite ankylosante chez l'adulte. ET
- Le patient a obtenu un score BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) de 4 ou plus sur une échelle de 10 points. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant un minimum de 2 semaines pour chaque médicament, à au moins 2 antirhumatismeaux modificateurs de la maladie (ARMM) pendant au moins 3 mois ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*



Demande d'autorisation préalable

HUMIRA, ABRILADA, AMGEVITA, HADLIMA, HULIO, HYRIMOZ, IDACIO, SIMLANDI, YUFLYMA (adalimumab)

Rhumatisme psoriasique

- Traitement du rhumatisme psoriasique chez l'adulte. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Hidradénite suppurée

- Traitement de l'hidradénite suppurée. ET
- Le patient est âgé d'au moins 12 ans. ET
- Le patient pèse au moins 30 kg. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement standard (y compris aux antibiotiques à action générale). *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Maladie de Crohn chez l'adulte

- Traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez l'adulte. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à des immunomodulateurs, à des aminosalicylés, à des corticostéroïdes ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Maladie de Crohn chez l'enfant

- Traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive. ET
- Le patient est âgé d'au moins 13 ans. ET
- Le patient pèse au moins 40 kg. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance aux aminosalicylés, aux immunomodulateurs, aux corticostéroïdes ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Psoriasis en plaques

- Traitement du psoriasis en plaques de sévérité modérée à élevée chez l'adulte. ET
- Le pourcentage de la surface corporelle affectée est d'au moins 10 %, ou le visage, les mains, les pieds ou la zone génitale sont touchés par la maladie. ET
- Le patient a obtenu un score PASI (*Psoriasis Area Severity Index*/Indice d'étendue et de gravité du psoriasis) de 10 ou plus. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à la photothérapie, dans la mesure où celle-ci est accessible. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement standard à action générale ou à un autre médicament modificateur de la réponse biologique. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*



Demande d'autorisation préalable

HUMIRA, ABRILADA, AMGEVITA, HADLIMA, HULIO, HYRIMOZ, IDACIO, SIMLANDI, YUFLYMA (adalimumab)

Colite ulcéreuse

- Traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive. ET
- Le patient est âgé d'au moins 5 ans. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance aux corticostéroïdes et soit aux aminosalicylés, soit aux immunomodulateurs. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Uvéite chez l'adulte

- Traitement de l'uvéite non infectieuse (uvéite intermédiaire, uvéite postérieure ou panuvéite) chez l'adulte. ET
- La maladie demeure active chez le patient malgré au moins 2 semaines de traitement aux corticostéroïdes oraux. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* OU
- Le patient est dépendant aux corticostéroïdes. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Uvéite chez l'enfant

- Traitement de l'uvéite antérieure non infectieuse. ET
- Le patient est âgé d'au moins 2 ans. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement d'au moins 12 semaines de méthotrexate. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

OU

- Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Demande d'autorisation préalable

HUMIRA, ABRILADA, AMGEVITA, HADLIMA, HULIO, HYRIMOZ, IDACIO, SIMLANDI, YUFLYMA (adalimumab)

3. Critères additionnels pour les demandes d'autorisation préalable relatives à HUMIRA

- Le patient a présenté une intolérance ou un événement indésirable à un biosimilaire. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessus.*

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Veillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada^{MD}

Télécopieur :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 855 712-6329

Poste :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5