

**Demande d'autorisation préalable**

IMCIVREE (setmélanotide)

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

IMCIVREE (setmélanotide)

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

IMCIVREE (setmélanotide)				<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement *
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement		
Où le médicament sera-t-il administré?					
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> 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 :

Déficit en pro-opiomélanocortine, en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 ou en récepteur de la leptine

PREMIÈRE DEMANDE

- Gestion du poids chez les patients obèses ayant un déficit biallélique confirmé génétiquement en pro-opiomélanocortine, en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 ou en récepteur de la leptine dû à des variants interprétés comme étant pathogènes, probablement pathogènes ou de signification indéterminée. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- Le patient est un adulte et son indice de masse corporelle est d'au moins 30 kg/m² ou le patient est un enfant et son poids est supérieur à celui du 95^e centile selon l'âge. Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous :

Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

RENOUVELLEMENT

- Le poids du patient a diminué d'au moins 10 % par rapport à son poids au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le poids du patient au début du traitement ainsi que son poids actuel. OU
- Le patient n'a pas terminé sa croissance ou est âgé de moins de 18 ans et a perdu 10 % ou plus de son indice de masse corporelle par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous l'indice de masse corporelle du patient au début du traitement ainsi que son indice actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

ACTUELLEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle



Demande d'autorisation préalable

IMCIVREE (setmélanotide)

Syndrome de Bardet-Biedl

- Gestion du poids chez les patients obèses atteints du syndrome de Bardet-Biedl. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- Le patient est un adulte et son indice de masse corporelle est d'au moins 30 kg/m² ou le patient est un enfant et son poids est supérieur à celui du 95^e centile selon l'âge. Veuillez indiquer le poids et l'indice de masse corporelle du patient ci-dessous :

Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

RENOUVELLEMENT

- Le poids du patient a diminué d'au moins 10 % par rapport à son poids au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le poids du patient au début du traitement ainsi que son poids actuel. OU
- Le patient n'a pas terminé sa croissance ou est âgé de moins de 18 ans et a perdu au moins 10 % de son indice de masse corporelle par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous l'indice de masse corporelle du patient au début du traitement ainsi que son indice actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

ACTUELLEMENT		
Date (AAAA-MM-JJ)	Poids	Indice de masse corporelle

OU

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

Renseignements additionnels pertinents :

--



Demande d'autorisation préalable

IMCIVREE (setmélanotide)

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"/>

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