

**Demande d'autorisation préalable**

NUCALA (mépolizumab)

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

NUCALA (mépilizumab)

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

NUCALA (mépilizumab)				<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 :

Asthme éosinophile sévère

PREMIÈRE DEMANDE

- Médicament d'appoint pour le traitement d'entretien de l'asthme éosinophile sévère. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- L'asthme du patient n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses intermédiaires ou élevées (chez les patients âgés de 6 à 17 ans) et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., bêta₂-agoniste à longue durée d'action). *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* OU
- L'asthme du patient n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses élevées (chez les patients âgés d'au moins 18 ans) et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., bêta₂-agoniste à longue durée d'action). *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient a eu au moins deux exacerbations d'asthme exigeant une corticothérapie générale au cours des 12 mois précédents et le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient est égal ou supérieur à 300 cellules/ μ l. OU
- Le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient est supérieur ou égal à 150 cellules/ μ l au début du traitement, pendant qu'il prend un traitement d'entretien avec un corticostéroïde oral.

RENOUVELLEMENT

- Réduction de la fréquence des exacerbations d'asthme significatives sur le plan clinique par rapport au début du traitement. OU
- Diminution de l'utilisation des médicaments de secours par rapport au début du traitement.



Demande d'autorisation préalable

NUCALA (mépilizumab)

Syndrome hyperéosinophilique

- Traitement d'appoint du syndrome hyperéosinophilique chez l'adulte. ET
- Le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient est égal ou supérieur à 1 000 cellules/ μ l. ET
- Le patient a subi au moins deux poussées du syndrome hyperéosinophilique au cours des 12 derniers mois. ET
- L'asthme du patient n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration d'un traitement standard (p. ex., corticostéroïdes, traitement immunosuppresseur ou cytotoxique). *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Granulomatose éosinophile avec polyangéite

PREMIÈRE DEMANDE

- Médicament d'appoint pour le traitement d'entretien de la granulomatose éosinophile avec polyangéite (GEPa) chez l'adulte. ET
- Le patient a des antécédents de maladie récidivante ou réfractaire. ET
- NUCALA sera utilisé en association avec un corticostéroïde.

RENOUVELLEMENT

- Absence de vascularite évolutive définie comme un score BVAS (*Birmingham Vasculitis Activity Score*) de 0. ET
- Le patient prend une dose quotidienne de prednisone ou de prednisolone de 4 mg ou moins, ou il prend un corticostéroïde dont la dose a progressivement été diminuée.

Rhinosinusite chronique avec polypes nasaux

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement de la rhinosinusite chronique sévère avec polypes nasaux chez l'adulte. ET
- Le patient a obtenu un score NPS (*Nasal polyp score*) de 5 ou plus. ET
- Le patient a obtenu un score de congestion nasale de 2 ou plus. ET
- Le patient a subi une chirurgie sinusienne. OU
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 corticostéroïdes administrés par voie nasale et à un corticostéroïde administré par voie orale. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

RENOUVELLEMENT

- L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., réduction de la taille des polypes nasaux, diminution de la congestion nasale, réduction du besoin de prendre des corticostéroïdes à action générale).



Demande d'autorisation préalable

NUCALA (mépolizumab)

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"/>

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