

Autorisation préalable de médicaments

Assurance collective

Ozempic (Sémaglutide)

Le présent formulaire a pour but d'obtenir les renseignements médicaux nécessaires à l'évaluation de votre demande relative à un médicament exigeant une autorisation préalable au titre de votre régime d'assurance médicaments. Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande, veillez à ce que tous les renseignements soient complets, y compris les coordonnées de la personne-ressource. Le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas que votre demande sera approuvée. Si vous avez déjà acheté le médicament, veuillez joindre les reçus originaux ainsi qu'un formulaire **Demande de règlement Assurance maladie complémentaire**. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant. Si vous êtes inscrit au site sécurisé des participants et avez fourni une adresse de courriel, vous recevrez un message dès que la décision concernant l'autorisation préalable sera indiquée dans votre relevé de règlement. Si vous n'êtes pas inscrit au site sécurisé des participants, la décision concernant l'autorisation préalable vous sera communiquée par la poste.

Important : Assurez-vous de remplir et signer la version non modifiée la plus récente du formulaire. Pour télécharger la version la plus récente du formulaire d'autorisation préalable de médicaments, rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca.

1 Renseignements sur le participant et le patient

À remplir par le participant

Numéro de contrat	Numéro de participant/certificat	Promoteur du régime	
Nom du participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Adresse du participant (numéro, rue et appartement)		Ville	Province Code postal
Nom du patient (prénom et nom de famille)		Date de naissance du patient (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant
Numéro de téléphone du patient (le jour)	Adresse de courriel du patient (facultatif)		
Le patient est-il couvert par une assurance médicaments d'un autre régime collectif?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si la réponse est <i>oui</i> ,			
Nom de l'autre assureur			
Numéro du régime/contrat		Numéro de certificat du participant	
Ce médicament est-il couvert au titre de l'autre régime collectif?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans <i>la négative</i> , pourquoi l'autre régime collectif a-t-il refusé de payer le médicament? Veuillez joindre l'avis de refus (habituellement une lettre ou un relevé) donné par l'autre régime collectif. Nous avons besoin de cet avis de refus pour déterminer si le paiement de ce médicament peut être approuvé. S'il s'agit d'un renouvellement, un avis de refus à jour est requis.			
Le promoteur de votre régime a-t-il récemment confié votre assurance médicaments à Manuvie?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ce médicament vous était-il remboursé par votre ancien assureur?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si <i>oui</i> ,			
Joindre une preuve de paiement (une copie du reçu de la pharmacie confirmant le paiement par votre ancien assureur ou un relevé de règlement de votre ancien assureur). Passez à la section 7.			
Si la réponse est <i>non</i> à l'une ou l'autre des deux questions,			
Passez à la section 2.			

<p>2 Régime provincial</p> <p>À remplir par le médecin prescripteur</p>	<p>La plupart des provinces offrent à leurs résidents des programmes qui, sous une forme ou une autre, couvrent certains médicaments. Votre régime d'assurance médicaments souscrit auprès de Manuvie est un supplément à la couverture offerte par les programmes provinciaux. Il importe que vous ou votre médecin (s'il y a lieu) présentiez une demande d'adhésion au programme provincial pertinent afin d'éviter tout retard dans le remboursement de vos frais de médicaments.</p> <p>Consultez votre médecin ou accédez au Centre de ressources sur les régimes d'assurance médicaments provinciaux offert par Manuvie à partir du site sécurisé à l'intention des participants, à l'adresse https://www.manuvie.ca/campagne/participants.html, pour vérifier si le médicament qui vous a été prescrit est admissible à un remboursement au titre d'un programme provincial. Si le médicament qui vous a été prescrit est couvert au titre d'un programme provincial, vous devrez présenter une demande d'adhésion au programme en question avant qu'une demande de règlement puisse être traitée au titre de votre régime d'assurance médicaments souscrit auprès de Manuvie.</p> <p>Une demande de couverture a-t-elle été présentée au titre du programme provincial? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Dans la <i>négative</i>, veuillez indiquer pourquoi.</p> <p>La demande de couverture du patient auprès du programme provincial pour ce médicament a-t-elle été approuvée? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Dans la <i>négative</i>, donnez les raisons du refus de la demande.</p> <p>En Ontario, dans le cas des patients admissibles à la couverture du Programme d'accès exceptionnel (PAE), si le médicament est couvert par le PAE, une copie de l'avis d'approbation ou de refus du PAE doit être envoyée avec le présent formulaire pour que Manuvie puisse effectuer l'évaluation de cette demande.</p>								
<p>3 Programmes d'aide aux patients</p> <p>À remplir par le participant</p>	<p>Êtes-vous inscrit au programme d'aide aux patients? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si <i>oui</i>, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients :</p> <p>Nom et coordonnées du gestionnaire de dossiers</p>								
<p>4 Renseignements médicaux</p> <p>À remplir par le médecin prescripteur</p>	<p>Concentration et posologie du médicament</p> <p>Où le traitement doit-il être administré?</p> <p><input type="radio"/> À la maison <input type="radio"/> Au cabinet du médecin <input type="radio"/> En clinique privée</p> <p><input type="radio"/> À l'hôpital – Patient hospitalisé <input type="radio"/> À l'hôpital – En consultation externe</p> <p>Le cabinet du médecin est-il situé dans un hôpital? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Le médicament sera-t-il administré au cabinet du médecin ou dans un autre service de l'hôpital? (décrire ci-dessous)</p> <p>Si le traitement n'est pas administré à la maison, veuillez fournir les renseignements suivants :</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Nom de la clinique privée/de l'hôpital</td> <td colspan="2">Numéro de téléphone</td> </tr> <tr> <td>Adresse (numéro, rue et bureau)</td> <td>Ville</td> <td>Province</td> <td>Code postal</td> </tr> </table>	Nom de la clinique privée/de l'hôpital		Numéro de téléphone		Adresse (numéro, rue et bureau)	Ville	Province	Code postal
Nom de la clinique privée/de l'hôpital		Numéro de téléphone							
Adresse (numéro, rue et bureau)	Ville	Province	Code postal						

4 Renseignements médicaux (suite)

À remplir par le médecin prescripteur

Veillez sélectionner le diagnostic pour lequel le médicament a été prescrit et répondre aux questions correspondantes.

Diabète sucré de type 2

Première demande

Le patient a-t-il reçu un diagnostic confirmé de diabète sucré de type 2? Oui Non

Le patient a-t-il réussi à maîtriser sa glycémie en suivant un régime alimentaire et en faisant de l'exercice avec la dose maximale tolérée de metformine? Oui Non

Le médicament sera-t-il utilisé en association avec la metformine? Oui Non

Dans *la négative*, le patient présente-t-il une intolérance ou une contre-indication documentée à la metformine? Oui Non

Ozempic sera-t-il administré en association avec d'autres analogues du GLP-1? Oui Non

La dose d'Ozempic dépassera-t-elle 2 mg une fois par semaine? Oui Non

Remarque : L'approbation initiale est limitée à 12 mois. Des renseignements supplémentaires devront être fournis après 12 mois afin que nous puissions évaluer la pertinence de prolonger la couverture.

Critères et exigences de renouvellement

Y a-t-il des preuves documentées objectives de bienfaits soutenus pour le patient (c.-à-d. une réduction du taux d'HbA1c)? Oui Non

Le médicament sera-t-il utilisé en association avec la metformine? Oui Non

Dans *la négative*, le patient présente-t-il une intolérance ou une contre-indication documentée à la metformine? Oui Non

Ozempic sera-t-il administré en association avec d'autres analogues du GLP-1? Oui Non

La dose d'Ozempic dépassera-t-elle 2 mg une fois par semaine? Oui Non

Tout autre diagnostic

Veillez indiquer le diagnostic précis de même que toute étude clinique menée au Canada qui appuie l'utilisation de ce médicament chez votre patient.

7 Autorisation et signature du participant (suite)

À signer par le participant

Je comprends ce qui suit :

- Si le régime de Manuvie recommande l'achat dans une pharmacie ou auprès d'un fournisseur privilégié d'un médicament nécessitant une autorisation préalable, un gestionnaire de dossiers peut communiquer avec moi, mon médecin ou le programme d'aide aux patients pour faire en sorte que mes ordonnances soient transférées à la pharmacie ou au fournisseur privilégié.
- Sauf restriction contractuelle à l'effet contraire, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs peuvent se trouver tant au Canada qu'à l'étranger. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux fins susmentionnées et ainsi être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes renseignements personnels, sous réserve des restrictions prévues à la loi ou au contrat. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation ou de résiliation de ma demande de règlement.

Je conviens de ce qui suit :

- Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est valide.
- J'ai le droit de consulter mes renseignements personnels qui sont consignés aux dossiers de Manuvie, d'en vérifier l'exactitude et de demander, au besoin, que des corrections y soient apportées.
- Vous pouvez envoyer vos demandes à : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, poste de livraison 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6 ou à l'adresse courriel Canada_Privacy@manulife.ca.
- Pour en savoir plus, je peux consulter la [Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs](#) et la [Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne](#).

Je confirme ce qui suit :

- Les renseignements que j'ai donnés dans cette demande sont exacts et complets.
- Par ma signature, j'autorise à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels de la personne concernée aux fins susmentionnées (selon le sens donné à ces termes plus haut) ou, encore, à procéder à leur traitement de toute autre manière, et/ou je confirme que j'ai obtenu le consentement de la personne concernée à cet effet.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

La protection de vos renseignements personnels nous tient à cœur. Les personnes qui peuvent voir vos renseignements personnels sont :

- les employés de Manuvie qui ont besoin de les voir pour faire leur travail;
- les personnes à qui vous avez donné la permission.

Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de Manuvie, allez sur le site manuvie.ca

8 Directives d'envoi

Veillez utiliser l'option « Présentation d'une demande » du site sécurisé à l'intention des participants. Vous pouvez aussi envoyer votre formulaire dûment rempli par la poste ou par télécopieur à l'adresse appropriée.

Si vous habitez au Québec :

Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux
Équipe chargée de l'autorisation préalable
C. P. 2580, succ. B
Montréal (Québec) H3B 5C6

Télécopieur : 1 855 752-0404

Si vous habitez à l'extérieur du Québec :

Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux
Équipe chargée de l'autorisation préalable
P.O. Box 1653
Waterloo (Ontario) N2J 4W1

Télécopieur : 1 855 752-0404

Veillez conserver une photocopie dans vos dossiers.