

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PREALABLE VICTOZA (Liraglutide)

Directives:

1. La section 1 doit être remplie par le participant au régime/patient.
2. Les sections 2 à 3 doivent être complétées par un médecin (Les frais engagés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient. Les frais ne sont pas admissibles au régime)
3. La section 4 doit être remplie par le médecin et le pharmacien.

Prière de soumettre le formulaire complété à NexgenRx Provider Services par fax: 1-877-639-4369, par courrier postal: 145 The West Mall, CP 110U, Toronto, Ontario, M8Z-5M4, ou par courriel: providerservices@nexgenrx.com

Ce formulaire NexgenRx deviendra la propriété de NexgenRx après signature autorisée et sera acheminé par courriel au programme d'aide tel que consenti par votre employeur.

Tous les champs doivent être complétés: Un formulaire incomplet pourrait entraîner le refus de votre demande

Section 1: Doit être complétée par le patient

Carrier ID	Numéro, régime de groupe								Numéro du certificat												Code du patient					
9 8																										

Nom du membre: (Surnom, prénom)		Employeur:	
Nom du patient: (Surnom, Prénom)		Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA)	Lien de parenté au membre ☐ Employé (e) ☐ Conjoint (e) ☐ Personne à charge
Coordination des bénéfices: le patient a-t-il une couverture d'un autre fournisseur? ☐ Oui ☐ Non			
Couverture offerte par _____ Le patient a-t-il demandé une couverture ou reçu une aide/soutien financier lié à ce médicament? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez fournir des détails sur la compagnie d'assurance/le régime provincial/le programme d'aide aux patients :: Le patient bénéficie-t-il actuellement de prestations d'invalidité pour l'affection traitée ☐ Oui ☐ Non Prenez-vous actuellement ou avez-vous déjà pris ce médicament? ☐ Oui ☐ Non			

Adresse complète du patient

N° et nom de la rue	
Ville	
Province	
Code Postal	

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PREALABLE VICTOZA (Liraglutide)

Les résultats de ces demandes doivent être communiqués à :

COURRIEL (obligatoire)

☐ Membre et/ou Patient		
☐ Tuteur légal	Consentement fourni ☐ Oui ☐ Non	
☐ Pharmacie	Consentement fourni ☐ Oui ☐ Non	
☐ Programme de soutien aux patients	Consentement fourni ☐ Oui ☐ Non	

J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser les informations personnelles divulguées sur ce formulaire, et toutes autres informations personnelles connues de NexgenRx Inc. concernant le patient susmentionné, dans le but de participer à ce programme clinique de soutien aux patients et (b) de contacter, d'obtenir ces informations personnelles et de divulguer ces informations personnelles à tout médecin, pharmacien, autre professionnel de la santé ou agent ayant connaissance de la santé du patient concerné par cette demande et toute réclamation liée par cette demande. Vous autorisez à ce que ce formulaire soit fourni à un fournisseur agréé par votre employeur sur demande.

Je consens à être contacté par des sociétés externes autres que NexgenRx par téléphone, SMS ou e-mail et au transfert d'informations personnelles par téléphone, fax ou e-mail entre le fournisseur autorisé sous licence, mon assureur et mon (mes) fournisseur (s) de soins de santé pour le afin de déterminer mon admissibilité au programme et la prestation des services du programme. Les courriels et les 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 les courriels, ni les SMS ne constituent une méthode de communication sécurisée. Les informations contenues dans les courriels et les SMS peuvent être consultées et lues par des tiers. La communication électronique est à mon choix et je peux retirer cette option de communiquer par voie électronique à tout moment.

* Si le patient a un autre régime d'assurance médicaments, cette demande peut couvrir une partie ou la totalité de la partie 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 véridiques et complètes et si une telle réclamation concerne votre conjoint ou toute personne à charge, que vous avez leur consentement pour nous divulguer leurs informations personnelles aux fins visées ci-dessus. Vous nous autorisez également à obtenir et à échanger des informations concernant cette réclamation avec toutes personnes disposant de ces informations pertinentes, y compris tout fournisseur de soins de santé, assureur, arbitre ou administrateur de réclamations ou tout régime ou programme privé ou public d'avantages sociaux.

Nom du patient/tuteur légal: _____, Numéro de téléphone: _____

Signature du patient/tuteur légal : _____ Date (jj/mm/aa): _____

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PREALABLE VICTOZA (Liraglutide)

Section 2 : MÉDICAMENT DEMANDÉ (à compléter par un médecin)

NOM DU MÉDICAMENT ET DOSAGE DEMANDÉ	
DIN	
MODE D'EMPLOI (Dose prescrite et fréquence)	
Durée prévue du traitement	
Où le traitement sera-t-il administré ?	
Le patient a-t-il déjà utilisé ce médicament	☐ Oui ☐ Non
Un traitement alternatif a-t-il été utilisé	☐ Oui ☐ Non
Combien de temps le patient a-t-il pris le médicament précédent	
Nom du médicament utilisé précédemment	
Résultat:	

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PREALABLE VICTOZA (Liraglutide)

Section 3 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

L'admissibilité à la couverture des médicaments dépend du fait que le patient répond à 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 la franchise non payée par le régime principal.

Veuillez indiquer si le patient répond à au moins un des critères d'admissibilité suivants pour la couverture des médicaments :

- ☐ Un régime alimentaire et l'exercice chez les patients à qui la metformine ne convient pas en raison d'une contre indication ou d'une intolérance;
- ☐ La metformine, quand un régime alimentaire et l'exercice plus la dose maximale tolérée de metformine n'ont pas contrôlé adéquatement la glycémie
- ☐ La metformine et une sulfonylurée, quand un régime alimentaire et l'exercice plus une bithérapie avec la metformine et une sulfonylurée n'ont pas contrôlé adéquatement la glycémie;
- ☐ La metformine et les inhibiteurs du sodium-glucose cotransporteur 2 (SGLT2-i), quand un régime alimentaire et l'exercice plus une bithérapie avec metformine et SGLT2-i n'ont pas contrôlé adéquatement la glycémie
- ☐ La metformine et une insuline basale, quand un régime alimentaire et l'exercice plus une bithérapie avec VICTOZA® et la metformine n'ont pas contrôlé adéquatement la glycémie

POUR LE DIABÈTE SUCRÉ DE TYPE 2

HbA1C cible	
HbA1C de base	
HbA1C la plus récente	
Dose de metformine maximale tolérée utilisée :	
Si la metformine a été arrêtée ou n'a pas été essayée, veuillez justifier :	
Si applicable, veuillez indiquer les médicaments pris concurremment avec le médicament de cette demande:	

POUR LA GESTION DU POIDS

Poids actuel du patient	
IMC des patients	
Le patient/la patiente présente-t-il/elle des comorbidités liés au surpoids? Veuillez SVP nous faire parvenir les documents applicables.	

Toutes autres informations cliniques complémentaires à cette demande :

FORMULAIRE DU PROGRAMME D'AUTORISATION PREALABLE VICTOZA (Liraglutide)

Section 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

- **A remplir par un médecin:**

Nom du médecin (Surnom, prénom)	Numéro de licence: _____ Spécialité: _____
Adresse: (Rue, Ville, Province, Code postal) , ,	<u>Numéro de téléphone :</u> () - <u>Numéro de télécopieur:</u> () - email:
Signature du médecin :	Date (jj/mm/aa)

- **À remplir par un pharmacien:**

Nom de la pharmacie :	Numéro de fournisseur : _____
Adresse de la pharmacie : (rue, ville, province, code postal) , ,	<u>Numéro de téléphone :</u> () - <u>Numéro de télécopieur:</u> () - email:
Nom du pharmacien : (en caractères d'imprimerie, en caractères d'imprimerie) _____, _____	email:
Signature du pharmacien : _____	
Numéro de licence / d'enregistrement : _____	

Usage interne au bureau uniquement :

Date de réception :	Date de début:	Date de fin:	Date d'approbation :
---------------------	----------------	--------------	----------------------