Manuvie

Autorisation préalable de médicaments
Assurance collective

Zepbound (tirzépatide)

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.

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)	Nom du participant (nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse du participant (numéro et rue)	Adresse (appt)	Ville	Province	Code postal

Nom du patient (prénom)	Nom du patient (nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien avec le participant

Numéro de téléphone du patient (le jour)	Adresse de courriel du patient (facultatif)

1A – Autre régime collectif

Le patient est-il couvert par une assurance médicaments d'un autre régime collectif? Si la réponse est oui, ☐ Oui ☐ Non

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? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, 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.

1B – Assureur (suite)

Le promoteur de votre régime a-t-il récemment confié votre assurance médicaments à Manuvie? ☐ Oui ☐ Non

Ce médicament vous était-il remboursé par votre ancien assureur? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, 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.

2 – Régime provincial — À remplir par le participant

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. 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.

Une demande de couverture a-t-elle été présentée au titre du programme provincial? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, veuillez indiquer pourquoi.

La demande de couverture du patient auprès du programme provincial pour ce médicament a-t-elle été approuvée? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, donnez les raisons du refus de la demande.

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.

3 – Programmes d'aide aux patients — À remplir par le participant

Êtes-vous inscrit au programme d'aide aux patients? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients.

Gestionnaire (prénom)	Gestionnaire (nom de famille)	Téléphone	Courriel

Programme d'aide aux patients	Numéro d'identification

4 – Renseignements médicaux — À remplir par le médecin prescripteur

Concentration et posologie du médicament

Où le traitement doit-il être administré?

☐ À la maison ☐ Au cabinet du médecin ☐ En clinique privée ☐ À l'hôpital – Patient hospitalisé ☐ À l'hôpital – En consultation externe

Le cabinet du médecin est-il situé dans un hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament sera-t-il administré au cabinet du médecin ou dans un autre service de l'hôpital? (décrire ci-dessous)

Si le traitement n'est pas administré à la maison, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la clinique privée/de l'hôpital				Numéro de téléphone
Adresse (numéro et rue)	Adresse (bureau)	Ville	Province	Code postal

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

☐ Gestion du poids chronique (adultes) - Première demande

Le patient est-il âgé de 18 ans ou plus? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il au moins l'une des caractéristiques suivantes : ☐ Oui ☐ Non

- Indice de masse corporelle (IMC) initial (avant tout traitement par un analogue du GLP 1) de 30 kg/m^2 ou plus (obésité);
- IMC initial de 27 kg/m^2 à moins de 30 kg/m^2 (surpoids) en présence d'au moins une affection comorbide liée au poids (p. ex., hypertension, dyslipidémie, prédiabète, diabète de type 2, apnée obstructive du sommeil ou maladie cardiovasculaire)?

Le médicament sera-t-il utilisé comme traitement d'appoint à un régime alimentaire hypocalorique et à une activité physique accrue? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament sera-t-il utilisé en monothérapie (c.-à-d. pas avec d'autres analogues du GLP-1)? ☐ Oui ☐ Non

La dose restera-t-elle inférieure ou égale à 15 mg une fois par semaine? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Remarque : L'approbation des médicaments soumis à une autorisation préalable peut être limitée dans le temps. Le cas échéant, vous devrez fournir des renseignements supplémentaires à Manuvie afin d'évaluer la pertinence de prolonger la couverture. La durée de l'approbation vous sera communiquée au moment de l'approbation.

☐ Gestion du poids chronique (adultes) - Critères et exigences de renouvellement

Le patient a-t-il atteint et maintenu une perte de poids de 5 % ou plus par rapport au début du traitement? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament sera-t-il utilisé comme traitement d'appoint à un régime alimentaire hypocalorique et à une activité physique accrue? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament sera-t-il utilisé en monothérapie (c.-à-d. pas avec d'autres analogues du GLP-1)? ☐ Oui ☐ Non

La dose restera-t-elle inférieure ou égale à 15 mg une fois par semaine? ☐ Oui ☐ Non

Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

4 – Renseignements médicaux (suite)	À remplir par le médecin prescripteur

☐ Obésité associée à l'apnée obstructive du sommeil - Première demande

Le patient est-il âgé de 18 ans ou plus?	☐ Oui	☐ Non
Le patient présente-t-il un indice de masse corporelle (IMC) initial (avant tout traitement par un analogue du GLP-1) égal ou supérieur à 30 kg/m^2?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il reçu un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil (AOS) modérée ou grave, établi selon tous les critères suivants? *(si « Oui », cochez toutes les réponses qui s'appliquent)*	☐ Oui	☐ Non
☐ Polysomnographie		
☐ Indice d'apnées-hypopnées supérieur à 15 épisodes par heure		
Le patient présente-t-il un diagnostic d'apnée centrale ou mixte du sommeil, les apnées et hypopnées centrales ou mixtes représentant au moins 50 %?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il déjà subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale pour traiter l'apnée obstructive du sommeil?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il déjà subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale liée à l'obésité?	☐ Oui	☐ Non
Le patient est-il atteint de diabète ou présente-t-il un taux d'HbA1C égal ou supérieur à 6,5 %?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il déclaré avoir déjà essayé au moins une fois, sans succès, de perdre du poids en modifiant son alimentation?	☐ Oui	☐ Non
Le patient répond-il à au moins un des critères suivants? *(si « Oui », cochez toutes les réponses qui s'appliquent)*	☐ Oui	☐ Non
☐ Persistance des symptômes d'AOS malgré l'observance du traitement par pression positive continue (PPC). L'observance est définie par une utilisation d'au moins 4 heures par nuit pendant au moins 70 % des nuits, sur une période minimale de 60 jours.		
☐ Le traitement par PPC est contre-indiqué (p. ex., obstruction fixe des voies aériennes supérieures, traumatisme facial, etc.)		
Le patient répond-il à au moins un des critères suivants? *(si « Oui », cochez toutes les réponses qui s'appliquent)*	☐ Oui	☐ Non
☐ Persistance des symptômes d'AOS malgré l'observance du traitement par orthèse d'avancement mandibulaire (OAM) ou par un autre appareil dentaire pour l'apnée du sommeil. L'observance est définie par une utilisation d'au moins 4 heures par nuit pendant au moins 70 % des nuits, sur une période minimale de 60 jours.		
☐ Le traitement par OAM est contre-indiqué (p. ex., troubles graves de l'articulation temporo-mandibulaire, mauvaise santé dentaire, réflexe nauséeux important, etc.)		
☐ L'indice d'apnées-hypopnées est égal ou supérieur à 30 (AOS grave)		
Le médicament sera-t-il administré en concomitance avec d'autres analogues du GLP-1?	☐ Oui	☐ Non
La dose sera-t-elle inférieure ou égale à 15 mg une fois par semaine?	☐ Oui	☐ Non
Le prescripteur est-il un spécialiste du sommeil, un pneumologue ou un autre professionnel de la santé expérimenté dans le traitement de l'AOS?	☐ Oui	☐ Non
Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital?	☐ Oui	☐ Non

Remarque : L'approbation des médicaments soumis à une autorisation préalable peut être limitée dans le temps. Le cas échéant, vous devrez fournir des renseignements supplémentaires à Manuvie afin d'évaluer la pertinence de prolonger la couverture. La durée de l'approbation vous sera communiquée au moment de l'approbation.

☐ Obésité associée à l'apnée obstructive du sommeil - Critères et exigences de renouvellement

Le patient a-t-il présenté une diminution de l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) par rapport à la valeur initiale?	☐ Oui	☐ Non
Le médicament sera-t-il administré en concomitance avec d'autres analogues du GLP-1?	☐ Oui	☐ Non
La dose restera-t-elle inférieure ou égale à 15 mg une fois par semaine?	☐ Oui	☐ Non
Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital?	☐ Oui	☐ Non

☐ Tout autre diagnostic

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

5 – Médicaments déjà utilisés — À remplir par le médecin prescripteur

Si vous n'avez fait l'essai d'aucun autre traitement pour le diagnostic sélectionné, veuillez préciser pourquoi.

☐ Risque d'interaction médicamenteuse ☐ Traitements contre-indiqués chez ce patient

☐ Autre

Veuillez préciser les raisons médicales.

Veuillez indiquer ci-dessous tous les médicaments que le patient prend ou a déjà pris relativement au diagnostic sélectionné

Nom du médicament	**Date de début (mm/aaaa)**	**Date de fin (mm/aaaa)**	**Résultat du traitement :** ☐ Intolérance(allergie/effet indésirable) ☐ Réponse inadéquate/non optimale
Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?			☐ Oui ☐ Non
Nom du médicament	**Date de début (mm/aaaa)**	Date de fin (mm/aaaa)	**Résultat du traitement :** ☐ Intolérance(allergie/effet indésirable) ☐ Réponse inadéquate/non optimale
Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?			☐ Oui ☐ Non
Nom du médicament	**Date de début (mm/aaaa)**	**Date de fin (mm/aaaa)**	**Résultat du traitement :** ☐ Intolérance(allergie/effet indésirable) ☐ Réponse inadéquate/non optimale
Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?			☐ Oui ☐ Non
Nom du médicament	**Date de début (mm/aaaa)**	**Date de fin (mm/aaaa)**	**Résultat du traitement :** ☐ Intolérance(allergie/effet indésirable) ☐ Réponse inadéquate/non optimale
Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?			☐ Oui ☐ Non
Nom du médicament	**Date de début (mm/aaaa)**	Date de fin (mm/aaaa)	**Résultat du traitement :** ☐ Intolérance(allergie/effet indésirable) ☐ Réponse inadéquate/non optimale
Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?			☐ Oui ☐ Non

6 – Renseignements sur le médecin — À remplir par le médecin prescripteur

Prescripteur (prénom)	Prescripteur (nom de famille)	Numéro de permis à l'ordre professionnel	Spécialité

Adresse (numéro et rue)	Adresse (bureau)

Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone Poste	Numéro de télécopieur

Autorisation du médecin

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance maladie collective de Manuvie auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Signature du médecin	Date (jj/mm/aaaa)

7 – Autorisation et signature du participant — À signer par le participant

Je certifie que moi-même, mon conjoint ou ma conjointe ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (« personnes à ma charge ») avons besoin du médicament indiqué dans ce formulaire (ou d'un médicament semblable que Manuvie propose).

J'octroie les autorisations suivantes :

Manuvie et/ou ses fournisseurs de services, ses réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent recueillir, utiliser, conserver et divulguer mes renseignements personnels liés à cette demande (« renseignements personnels ») aux fins suivantes :

- L'évaluation de la demande d'autorisation de médicaments
- La gestion de mon régime d'assurance collective
- L'évaluation et le traitement de mes demandes de règlement
- L'audit et la vérification de mes demandes de règlement
- Les programmes d'aide aux patients, le cas échéant
- D'autres fins présentées dans la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (ensemble, les « fins »).

Toute personne ou toute organisation détenant des renseignements personnels à mon sujet nécessaires à l'évaluation par Manuvie de cette demande d'autorisation de médicaments, y compris tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou tout autre établissement offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime d'assurance collective ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout organisme d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et divulguer lesdits renseignements, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux fins susmentionnées.

Je comprends ce qui suit :

- Un fournisseur de produits pharmaceutiques approuvé par Manuvie peut faire appel à moi en tant que gestionnaire de dossier pour fournir un soutien dans le cadre de ce programme. Je reconnais que la participation à ce programme est entièrement facultative. Ma décision de participer n'aura aucune incidence sur l'évaluation de ma demande.
- 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/mm/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 de soumission

Site protégé à l'intention des participants

1. Ouvrez une session sur le **site protégé à l'intention des participants.**
2. Sélectionnez **Demandes de règlement** dans le menu principal.
3. Cliquez sur **Soumettre une demande de règlement**.
4. Sélectionnez **Continuer**.
5. Sous **Sélection d'un type de fournisseur de soins**, sélectionnez **Estimation.**

Application Services mobiles

1. Ouvrez le **site web mobile** sur votre appareil.
2. Sélectionnez **Soumettre une réclamation.**
3. Choisissez **Estimation** comme **types de demande de règlement**.

Courriel ou fax

Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux
Équipe chargée de l'autorisation préalable
P.O. Box 130, STN. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4A1

Courriel : GB_HD_secure@manulife.ca
Télécopieur : 416 934-3345

Veuillez conserver une photocopie dans vos dossiers.

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.
© 2021 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. manuvie.ca 1 800 268-3763