LA Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Information sur les programmes d'autorisation préalable, de pharmacie désignée et de gestion des dossiers médicaux

La présente feuille de renseignements vise à fournir de l'information sur le processus d'évaluation et de gestion de votre demande de règlement aux termes des programmes d'autorisation préalable, de pharmacie désignée et, le cas échéant, de gestion des dossiers médicaux de la Great-West. Nos programmes visent à favoriser une participation active de votre part à votre traitement dans l'optique d'obtenir des résultats positifs sur le plan de la santé. C'est pourquoi il est important que vous sachiez à quoi vous attendre tout au long du processus afin que vous puissiez continuer à vous concentrer sur votre santé.

Autorisation préalable

Certains médicaments sur ordonnance doivent faire l'objet d'un processus d'évaluation et de gestion plus rigoureux afin d'assurer qu'ils représentent bien un mode de traitement raisonnable. Aux termes du programme d'autorisation préalable, vous devez faire approuver, par la Great-West, le remboursement de certains médicaments sur ordonnance.

Pour bien évaluer votre demande de règlement, nous avons besoin que vous et votre médecin nous fournissiez des renseignements supplémentaires afin de déterminer :

- s'il existe d'autres médicaments indiqués dans le traitement de votre affection que vous devriez essayer d'abord;
- s'il existe des médicaments moins chers qui représentent un traitement raisonnable pour votre affection; et
- si le médicament sur ordonnance est couvert aux termes d'autres programmes.

Pharmacie désignée

Certains régimes collectifs de la Great-West peuvent exiger que l'on se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable auprès d'une pharmacie désignée par la Great-West. Si c'est le cas de votre régime collectif, vous pouvez choisir cette pharmacie parmi les pharmacies désignées situées dans votre région. Si votre demande de règlement relative au médicament est approuvée, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec votre médecin pour lui fournir plus d'information à ce sujet et, le cas échéant, le formulaire de transmission d'ordonnance à la pharmacie afin qu'il puisse acheminer l'ordonnance à la pharmacie désignée que vous aurez choisie.

Gestion des dossiers médicaux

Si le programme de gestion des dossiers médicaux s'applique aux termes de votre régime collectif, votre demande de règlement peut être assignée à un gestionnaire de dossiers médicaux lors du processus d'évaluation préalable, et vous serez tenu de participer au programme.

Le gestionnaire de dossiers médicaux fournit de l'aide et un soutien précieux en travaillant en étroite collaboration avec vous et votre médecin tout au long de votre plan de traitement. Cette assistance peut consister :

- à collaborer avec vous et avec votre médecin en vue de comprendre les différentes options thérapeutiques médicamenteuses;
- à vous aider à connaître les programmes de soutien disponibles (comme les programmes d'aide aux patients) ainsi que les prestations ou programmes auxquels vous pourriez être admissible aux termes de votre régime collectif actuel, et à y accéder; et
- à assurer une communication et un suivi périodiques tout au long d'une période de protection approuvée afin d'aider à évaluer le traitement médicamenteux prescrit.

Nous sommes heureux de continuer à travailler en collaboration avec vous et votre médecin.

Directives pour remplir le formulaire

1. **Imprimez la présente Feuille de renseignements et le formulaire Demande de renseignements.**
2. **Remplissez la Partie 1 et la Partie 2 du formulaire Demande de renseignements.**
3. **Demandez à votre médecin de remplir la Partie 3 du formulaire Demande de renseignements.**
4. **Retournez-nous le formulaire Demande de renseignements dûment rempli par la poste ou par télécopieur à l'adresse ou au numéro de télécopieur indiqués ci-dessous et à la fin du formulaire.**

Par la poste : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Service administratif – Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Par télécopieur : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Téléc 1 204 946-7664
a/s de Service administratif – Médicaments

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie, tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Demande de renseignements : Stelara (ustekinumab)

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements qui serviront à évaluer votre demande à l'égard du médicament précité. Aux fins de l'application de la protection, le médicament doit être prescrit dans le cadre d'un traitement raisonnable relativement à la maladie ou à la blessure à l'origine de votre demande de règlement. La Great-West peut réévaluer l'admissibilité à ce médicament en tout temps, à sa discrétion.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie

Partie 1 Renseignements sur le participant de régime

Participant de régime :	Nom du patient :	
Nom du régime :	Numéro de régime :	Numéro d'identification du participant :
Date de naissance du patient (Jour/Mois/Année) :	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :	

Numéro de téléphone au domicile : _____ _____ Numéro de téléphone au travail : _____ _____

Numéro de téléphone cellulaire : _____ _____

Veuillez indiquer le numéro auquel vous préférez être joint et les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Préféreriez-vous que nous communiquions avec vous par courriel? ☐ Oui ☐ Non
(Veuillez noter que certains documents seront tout de même envoyés par courrier ordinaire.)

Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel :

Avez-vous déjà été couvert à l'égard de Stelara aux termes de votre régime collectif? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, indiquez à partir de quelle date : _____

Partie 2a Coordination des prestations

1. Avez-vous présenté une demande de couverture ou reçu une aide financière ou toute autre forme d'assistance relativement à ce médicament :
   a) aux termes de tout autre régime collectif? ☐ Oui ☐ Non
      Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré : _____
      Lien avec le participant du régime : _____
      Nom de l'autre compagnie d'assurance : _____
      Numéro de régime : _____ Numéro d'identification du participant : _____
   b) aux termes d'un programme provincial ou de toute autre source? ☐ Oui ☐ Non
      Dans l'affirmative, nom du ou des programmes ou de la source d'assistance : _____

   Si vous avez répondu « oui » en 1 a) ou b) ci-dessus, la couverture ou l'aide demandée à l'égard de ce médicament a-t-elle été accordée? ☐ Oui ☐ Non

   Veuillez préciser et joindre à la présente demande les documents d'acceptation ou de refus : _____

   _____
2. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? ☐ Oui ☐ Non

(Suite à la page suivante)

M6453(STELARA)(f)-4/13

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie, tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Demande de renseignements : Stelara (ustekinumab)

Partie 2b Renseignements sur le programme d'aide aux patients

Vous êtes-vous inscrit au programme d'aide aux patients Stelara? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Y a-t-il eu un entretien téléphonique entre la personne-ressource du programme d'aide aux patients, le participant de régime et la Great-West au sujet de la protection offerte par l'entremise de votre régime collectif? ☐ Oui ☐ Non
2. Numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients : _____
3. Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource du programme d'aide aux patients :

   Nom de la personne-ressource : _____ Numéro de téléphone : _____ _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de l'admissibilité à ce médicament et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez l'adresse www.lagreatwest.com ou écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou des programmes d'aide aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West d'évaluer ma demande de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du participant de régime : _____ Date : _____

Veuillez demander à votre médecin prescripteur de remplir la Partie 3.

(Suite à la page suivante)

LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Demande de renseignements : Stelara (ustekinumab)

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu.

Partie 3 Coordonnées et renseignements du médecin (à remplir à l'égard de toute affection pour laquelle Stelara a été prescrit)
Note à l'intention du médecin : Afin d'évaluer la demande de règlement de votre patient pour ce médicament, nous avons besoin des renseignements complémentaires ci-après sur l'historique médicamenteux de votre patient.

Nom du médecin prescripteur (en caractères d'imprimerie) :

Spécialité :

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) :

1. Diagnostic (précisez la date du diagnostic initial) : _____

2. Dose prescrite :
   Moins de 100 kg :
   - ☐ 45 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines par la suite
   - ☐ 45 mg toutes les 12 semaines

   Plus de 100 kg :
   - ☐ 90 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines par la suite
   - ☐ 90 mg toutes les 12 semaines

   ☐ Autre (précisez) : _____
   Précisez les raisons : _____

3. Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles Stelara a été prescrit de préférence à un autre médicament de la même classe thérapeutique :

4. Où le traitement sera-t-il administré (à l'hôpital, au cabinet du médecin, dans une clinique, à la maison)? _____
   a) Veuillez indiquer le nom de l'établissement _____
   b) Si le médicament doit être administré à l'hôpital, le patient y sera-t-il traité à titre de malade hospitalisé ou de malade externe?
   ☐ Malade hospitalisé ☐ Malade externe

5. Quel est le poids actuel du patient? _____ kilogrammes

Psoriasis

Surface du corps affectée (en pourcentage)	Parties du corps affectées
Épaisseur des plaques	Résultats récents à au moins une des évaluations suivantes et date (JJ/MM/AAAA) _____ DLQI _____ ou PASI _____

Médicaments prescrits maintenant ou par le passé Exemple :	**Dosage**	**Date de début** (JJ/MM/AAAA)	**Date d'arrêt** (JJ/MM/AAAA)	**Réaction du patient au traitement** (en cas d'interruption, fournir les renseignements au sujet des intolérances, contre-indications ou échec à la dose maximale)
Méthotrexate				
Acretin				
Cyclosporine				

(Suite à la page suivante)

LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Demande de renseignements : Stelara (ustekinumab)

Toute autre affection pour laquelle le médicament a été approuvé par Santé Canada :

Veuillez fournir tous les renseignements pertinents relativement à l'affection et joindre tous les documents pertinents à l'appui.

_____

_____

Médicaments prescrits maintenant ou par le passé	Dosage	Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date d'arrêt (JJ/MM/AAAA)	Réaction du patient au traitement (en cas d'interruption, fournir les renseignements au sujet des intolérances, contre-indications ou échec à la dose maximale)

Emploi non conforme - Annexez les documents à l'appui

a) Quelles sont les raisons médicales motivant un emploi non conforme du médicament? _____

_____

_____

b) Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament? _____

_____

c) Veuillez décrire le plan de traitement complet, y compris ses objectifs : _____

_____

_____

Médicaments prescrits maintenant ou par le passé	Dosage	Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date d'arrêt (JJ/MM/AAAA)	Réaction du patient au traitement (en cas d'interruption, fournir les renseignements au sujet des intolérances, contre-indications ou échec à la dose maximale)

<u>Note à l'intention du médecin</u> : La Great-West pourrait exiger que votre patient se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable auprès d'une pharmacie désignée pour qu'il soit admissible à un remboursement. Si la protection est consentie à votre patient à l'égard du médicament nécessitant une autorisation préalable, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus d'information à ce sujet et, le cas échéant, le formulaire de transmission d'ordonnance à la pharmacie afin que vous puissiez faire parvenir l'ordonnance à la pharmacie désignée du patient.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Une fois dûment rempli, le présent formulaire peut être envoyé à la Great-West par la poste ou par télécopieur à l'adresse ou au numéro suivants.

Par la poste : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Service administratif – Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Par télécopieur : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Téléc 1 204 946-7664
a/s de Service administratif – Médicaments

Effacer