

## Demande d'autorisation préalable

### OCREVUS (ocrélizumab)

#### Directives

**Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin.** Ce formulaire pourrait ne pas s'appliquer à votre régime. Avant de le remplir, assurez-vous que le médicament fait partie de la liste des médicaments couverts au titre de votre régime. 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. Si vous avez déjà acheté le médicament, joignez les reçus originaux et le formulaire habituel de demande de règlement pour la garantie Frais médicaux.

#### 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 :<br><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) :                                                                                                                                 |  |

Cochez toutes les cases qui s'appliquent au patient :

- ☐ Le patient est un étudiant à charge qui a dépassé l'âge limite (fréquente à temps plein un collège ou une université). Joignez un document confirmant son inscription à temps plein établi par l'établissement d'enseignement.
- ☐ Le patient est un conjoint ou une personne à charge de plus de 18 ans. Il a signé la section Autorisation ci-dessous. La Sun Life est donc autorisée à obtenir des renseignements médicaux supplémentaires pour cette demande.

#### Coordination des prestations

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Couverture par le régime provincial</b>             | Vous avez présenté une demande sur un médicament qui est peut-être couvert par un régime provincial. Pour savoir si vous avez droit à la couverture, parlez à votre médecin et présentez une demande à la province. Montrez la réponse de la province à votre pharmacien lorsque vous l'aurez reçue.                                                                                                                       |
| <b>Couverture par un autre régime (premier payeur)</b> | Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.<br>Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament?<br><input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert <i>*Joindre la lettre faisant état de la décision*</i> |

## Demande d'autorisation préalable

OCREVUS (ocrélizumab)

### Autorisation

Les réponses fournies sur ce formulaire sont exactes. J'autorise la Sun Life à recueillir, à utiliser et à transmettre mes renseignements personnels pour trois raisons. Ces raisons sont la gestion administrative du régime, la tarification de la couverture et l'évaluation des demandes de règlement. La Sun Life peut échanger (autrement dit, recueillir et transmettre) des renseignements avec les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies, les responsables de programmes d'État ou d'aide aux patients et toute autre organisation qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet. La Sun Life peut aussi transmettre de l'information à des assureurs ou des réassureurs, ainsi qu'à des agents et à des fournisseurs de services de la Sun Life et des parties nommées ci-dessus. La Sun Life transmettra les renseignements me concernant uniquement si c'est nécessaire. Mon consentement est valable tant que le régime est en vigueur.

Je reconnais que toute photocopie ou version électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (si âgé de plus de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Date

## Demande d'autorisation préalable

### OCREVUS (ocrélizumab)

#### 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. Ne fournissez pas de résultats de tests génétiques.

#### SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                         |           |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| <b>OCREVUS (ocrélizumab)</b> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> Première demande <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> Renouvellement*                                                                                                                                                         |      |                                                         |           |                     |
| DIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dose | Voie d'administration<br>(p. ex., orale, intraveineuse) | Fréquence | Durée du traitement |
| Où le médicament sera-t-il administré?<br><input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cabinet du médecin/clinique privée <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> Hôpital (patient hospitalisé)<br><input type="checkbox"/> Clinique privée (dans un hôpital – sans financement public ou gouvernemental) |      |                                                         |           |                     |
| Nom de l'établissement :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                         |           |                     |
| Adresse :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                         |           |                     |
| Ville :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | Province :                                              |           | Code postal :       |

\* 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 :

##### Sclérose en plaques récurrente-rémittente

- ☐ Traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente chez l'adulte. ET
- ☐ Le patient a présenté une réponse insuffisante, ou une intolérance à au moins un autre traitement contre la sclérose en plaques.

##### Sclérose en plaques progressive primaire

- ☐ Traitement de la sclérose en plaques progressive primaire (SPPP) chez l'adulte. ET
- ☐ Le patient a un score EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) de 6,5 ou moins.

OU

- ☐ Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

## Demande d'autorisation préalable

OCREVUS (ocrélizumab)

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

|                                                                  |               |
|------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nom du médecin :                                                 |               |
| Adresse :                                                        |               |
| Téléphone :                                                      | Télécopieur : |
| N° de permis d'exercice :                                        | Spécialité :  |
| Signature du médecin : <span style="float: right;">Date :</span> |               |

### SECTION 4 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour: concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite) ou appelez-nous.

**Des questions?** Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer le numéro sans frais 1-800-361-6212 du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h (HE).

### SECTION 5 – CONTACTEZ-NOUS



Vous pouvez nous envoyer **toutes les pages** du formulaire au moyen de l'application mobile ma Sun Life ou en accédant au site Web [masunlife.ca](http://masunlife.ca). Veuillez utiliser « Auth. préalable » comme numéro de référence.

**OU**

Veuillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie®.

#### TÉLÉCOPIEUR :

**1-855-342-9915**

#### POSTE :

**Sun Life du Canada, compagnie  
d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
C. P. 11658, Succ. Centre-ville  
Montréal, QC H3C 6C1**

**Sun Life du Canada, compagnie  
d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
C. P. 2010, Succ. Waterloo  
Waterloo, ON N2J 0A6**