

Demande d'autorisation préalable

WINREVAIR (sotatercept)

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 : ☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Personne à charge	
Langue : ☐ Français ☐ Anglais		Sexe : ☐ Homme ☐ 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

Couverture par le régime provincial	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.
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? ☐ Médicament couvert ☐ Médicament non couvert <i>*Joindre la lettre faisant état de la décision*</i>

Demande d'autorisation préalable

WINREVAIR (sotatercept)

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 possède 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

WINREVAIR (sotatercept)

Partie B – Médecin prescripteur

Veillez 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

WINREVAIR (sotatercept) <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 (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Où le médicament sera-t-il administré? ☐ Domicile ☐ Cabinet du médecin/clinique privée ☐ Hôpital (patient externe) ☐ Hôpital (patient hospitalisé) ☐ 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 :

Hypertension artérielle pulmonaire

PREMIÈRE DEMANDE – 12 mois

- ☐ Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire chez l'adulte atteint d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) appartenant au groupe 1 de l'Organisation mondiale de la Santé. ET
- ☐ Le patient présente des symptômes des classes fonctionnelles II ou III de l'Organisation mondiale de la Santé. ET
- ☐ Le patient reçoit actuellement au moins deux autres traitements de fond contre l'hypertension artérielle pulmonaire des différentes classes suivantes pendant plus de 90 jours à des doses stables : antagonistes des récepteurs de l'endothéline, inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, stimulateurs de la guanylate cyclase soluble et (ou) prostacyclines. Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous. OU
- ☐ Le patient reçoit actuellement au moins un autre traitement de fond contre l'hypertension artérielle pulmonaire pendant plus de 90 jours à une dose stable et un traitement d'association n'est pas toléré avec les antagonistes des récepteurs de l'endothéline, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, les stimulateurs de la guanylate cyclase soluble et (ou) les prostacyclines. Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.

Demande d'autorisation préalable

WINREVAIR (sotatercept)

RENOUVELLEMENT – 12 mois

- ☐ L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., augmentation de la distance parcourue au test de marche de six minutes, amélioration du taux de propeptide N-terminal du peptide natriurétique de type B, amélioration de la classe fonctionnelle de l'OMS ou maintien d'une classe fonctionnelle II de l'OMS). ET
- ☐ Le patient n'a pas reçu de greffe de poumon.

OU

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

Renseignements additionnels pertinents :

--

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Demande d'autorisation préalable

WINREVAIR (sotatercept)

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 ou appelez-nous.

Des questions? Veuillez visiter le 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. 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