

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.

Si le remboursement est approuvé, la date d'effet de la protection correspondra à la date à laquelle la Great-West l'a acceptée. Les demandes faites pour couvrir le médicament avant la date d'approbation seront prises en considération uniquement sur une base d'exception.

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
Télec. : 1 204 946-7664
a/s de Service administratif – Médicaments

Demande de renseignements : Tafinlar (mésylate de dabrafénib)

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 (jj-mm-aaaa) :	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.		
Préfereriez-vous que nous communiquions avec vous par courriel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez noter que certains documents seront tout de même envoyés par courrier ordinaire.)		
Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel :		
Partie 2 Coordination des prestations		
Avez-vous déjà pris ou prenez-vous actuellement Tafinlar? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, a) indiquez la date du début : (jj-mm-aaaa) _____		
b) protection fournie par : _____		
(Si la protection n'est pas fournie par la Great-West, veuillez fournir un imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de Tafinlar)		
Avez-vous présenté une demande de protection ou reçu une aide financière ou toute autre forme d'assistance relativement à ce médicament :		
Aux termes d'un autre régime collectif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré : _____	
	Lien : _____	
	Nom de la compagnie d'assurance : _____	
	Numéro de régime : _____ Numéro d'identification du participant : _____	
	Veuillez donner des précisions et joindre les documents d'acceptation ou de refus : _____	
Aux termes d'un programme provincial ou de toute autre source? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, nom du ou des programmes ou de la source d'assistance : _____	
	Veuillez donner des précisions et joindre les documents d'acceptation ou de refus : _____	
	Dans la négative, expliquez pourquoi aucune demande n'a été faite : _____	
Aux termes d'un programme d'aide aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, nom du ou des programmes : _____	
	Numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients : _____	
	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource du programme d'aide aux patients : _____	
	Personne-ressource : _____ Numéro de téléphone : _____	
Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

(Suite à la page suivante)

Page 1 de 5

Demande de renseignements : Tafinlar (mésylate de dabrafénib)

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 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 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 du régime : _____ Date : _____

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

Demande de renseignements : Tafinlar (mésylate de dabrafénib)

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 Tafinlar 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 et stade de la maladie (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) :

Monothérapie pour mélanome non résecable ou métastatique _____

Traitement combiné avec Mekinist (tramétinib) pour mélanome non résecable ou métastatique _____

Autre (veuillez préciser) : _____

Répondre aux questions 2 à 6 et remplir la section Emploi non conforme.

2. Dose prescrite :

150 mg deux fois par jour

Autre (veuillez préciser et justifier la dose) : _____

3. Si Tafinlar est utilisé en combinaison avec Mekinist, demandez-vous à ce que ce dernier soit aussi couvert? Oui Non

Dans l'affirmative, prenez note qu'il n'est pas nécessaire de remplir un autre formulaire. Veuillez inscrire la dose prescrite de Mekinist :

2 mg une fois par jour

Autre (veuillez préciser) : _____

4. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce ou ces médicaments? _____

5. 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

6. Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles Tafinlar (avec ou sans Mekinist) a été prescrit de préférence à un autre médicament de la même classe thérapeutique :

Médicament(s) prescrits maintenant ou par le passé	Dosage	Date du commencement (jj-mm-aaaa)	Date d'arrêt (jj-mm-aaaa)	Réaction du patient au traitement (en cas d'interruption, veuillez fournir des renseignements au sujet des intolérances, contre-indications ou échec à la dose maximale)

Demande de renseignements : Tafinlar (mésylate de dabrafénib)

Partie 3 Coordonnées et renseignements du médecin (suite)
Veillez remplir la ou les sections ci-dessous qui s'appliquent à l'affection pour laquelle le médicament a été prescrit.

Mélanome non résecable ou métastatique – monothérapie

Le patient a-t-il eu un résultat positif au test de dépistage de la mutation V600 du gène BRAF? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez joindre les résultats de ce test de dépistage.

Mélanome non résecable ou métastatique – en combinaison avec Mekinist

Le patient a-t-il eu un résultat positif au test de dépistage de la mutation V600 du gène BRAF? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez joindre les résultats de ce test de dépistage.

Le patient a-t-il auparavant reçu un traitement à l'aide d'inhibiteurs du gène BRAF? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau de médicaments à la page 3.

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

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

Emploi non conforme :

Est-ce qu'une preuve justifie l'emploi non conforme de ce médicament? Oui Non

Fournissez la littérature médicale ou les études cliniques qui appuient votre demande d'emploi non conforme, comme :

- Au moins deux essais cliniques de phase II ou deux essais cliniques de phase III démontrant des résultats constants en matière d'efficacité; et
- Des recommandations publiées dans des lignes directrices qui reposent sur des données probantes et qui appuient l'emploi du médicament.

Précisez les raisons médicales pour lesquelles l'emploi non conforme du médicament Tafinlar a été prescrit de préférence à un autre médicament ayant été approuvé pour traiter l'affection en cause.

Fournissez tous les antécédents et les renseignements médicaux pertinents à l'appui de la présente demande d'emploi non conforme.

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, fournissez la documentation qui prouve l'efficacité du traitement depuis la demande précédente.

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, fournissez la documentation qui prouve l'efficacité du traitement depuis la demande précédente.

Médicament(s) prescrit(s) maintenant ou par le passé	Dosage	Date du commencement (jj-mm-aaaa)	Date d'arrêt (jj-mm-aaaa)	Réaction du patient au traitement (en cas d'interruption, veuillez fournir des renseignements au sujet des intolérances, contre-indications ou échec à la dose maximale)

Note à l'intention du médecin : 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. Le cas échéant, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus d'information.

Je certifie que les renseignements donnés dans la Partie 3 sont véridiques, correct et complets.

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
Télec 1 204 946-7664
a/s de Service administratif – Médicaments