iA Groupe financier

DEMANDE D'AUTORISATION AU PRÉALABLE POUR OZEMPIC®, RYBELSUS® (sémaglutide), MOUNJARO® (tirzépatide)

ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez aller à la page 3 pour la marche à suivre.

☐ **Renouvellement** ☐ **Demande initiale**

PARTIE 1 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE OU LA PARTICIPANT(E) OU PATIENT(E)

Nom du ou de la participant(e) _____

Nº de police _____ Nº de certificat _____

Nom du ou de la patient(e) – si différent _____

Lien avec le ou la participant(e) : ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant à charge Date de naissance – patient(e) A M J

Coordination des prestations

Si le ou la patient(e) détient son propre régime d'assurance médicaments ou est inscrit(e) à un régime d'assurance médicaments provincial, la demande doit d'abord y être acheminée.

Couverture par un autre régime d'assurance médicaments	Est-ce que le ou la patient(e) est couvert(e) par un autre régime d'assurance médicaments? ☐ Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus) ☐ Non
Couverture par le régime provincial	Est-ce qu'une demande de remboursement a été soumise auprès du régime provincial du ou de la patient(e)? ☐ Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus) ☐ Non
Programme de soutien aux patients	Est-ce que le ou la patient(e) est inscrit(e) à un programme de soutien aux patients? ☐ Oui ☐ Non Si oui – Nom du programme : _____ Nom de la personne-ressource : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Je consens à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.

Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, **je déclare** avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.

En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, **j'autorise** mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. **Je consens** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employé(e)s, à ses représentant(e)s, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de remboursement de médicament. **J'accepte** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'originale.

Signature du ou de la participant(e) _____ Date A M J

Adresse _____ Code postal

Téléphone (jour) _____ Poste _____

Courriel du ou de la participant(e) _____

PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PRESCRIPTEUR

⚠ **Important :** Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.

SECTION A – MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

☐ Ozempic (sémaglutide), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale hebdomadaire de 1 mg.
☐ Rybelsus (sémaglutide), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale quotidienne de 14 mg.
☐ Mounjaro (tirzépatide), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale hebdomadaire de 10 mg.

Teneur du médicament : _____ Voie d'administration (ex. : voie orale, etc.) : _____

Posologie : _____ Durée du traitement : _____

Le médicament devra-t-il être administré à l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que le ou la patient(e) participe ou a déjà participé à une étude clinique pour ce médicament? ☐ Oui (date de fin de l'étude) A M J ☐ Non

Est-ce que le ou la patient(e) utilise déjà le médicament? ☐ Oui (date de début du traitement) A M J ☐ Non

SECTION B – DEMANDE INITIALE

Diagnostic / Indication thérapeutique

☐ Diabète de type 2
☐ Autre, précisez : _____

Administration du sémaglutide en association avec metformine?
☐ Oui
☐ Non, précisez les raisons pour lesquelles le sémaglutide n'est pas administré en association avec la metformine :

_____
_____
_____

Médicaments ou traitements antérieurs

Nom du médicament ou du traitement		Période du traitement
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Réponse inadéquate ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Précisez : _____	Du : A M J Au : A M J
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Réponse inadéquate ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Précisez : _____	Du : A M J Au : A M J
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Réponse inadéquate ☐ Intolérance ☐ Contre-indication Précisez : _____	Du : A M J Au : A M J

Renseignements complémentaires (facultatifs)

Prénom et nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Numéro du permis _____

☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Autre, préciser _____

Signature _____ Date A M J

TIMBRE

Espace réservé à l'administration

⚠ **Important :** Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR UN MÉDICAMENT

MARCHE À SUIVRE ET INFORMATION IMPORTANTE

Comment remplir le formulaire

Étape 1 : Le ou la participant(e) ou patient(e) doit remplir la partie 1.
Étape 2 : Le médecin prescripteur doit remplir la partie 2.

— Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être assumés par le ou la participant(e) ou patient(e).
— Le traitement de votre réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas dûment rempli ou comporte des erreurs.
— Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre réclamation pour un médicament qui figure sur la liste d'autorisation préalable de iA Groupe financier. Le médicament doit répondre aux critères de votre régime pour être couvert. Au Québec, si un médicament est couvert parce qu'il figure sur la liste des médicaments d'exception de la RAMQ, il doit également répondre aux critères du présent régime pour être couvert.
— Le fait de remplir et de transmettre le présent formulaire ne signifie pas que votre demande sera acceptée. Vous recevrez le remboursement d'un médicament de la liste d'autorisation préalable uniquement si iA Groupe financier a évalué et accepté votre demande.
— Vous recevrez un avis dans les dix jours suivant la réception de votre demande chez iA Groupe financier. Cet avis vous informera de l'acceptation ou du refus de votre demande.
— Il est possible de voir le statut de votre demande dans l'Espace client.

Comment nous transmettre votre formulaire

Par télécopieur (selon votre province de résidence) :

Québec	**Toutes les autres provinces**
1 855 884-9811	1 877 780-7247

Par messagerie sécurisée : Connectez-vous à l'Espace client, notre site sécurisé, et cliquez sur ***Mes messages***.

Par courrier (selon votre province de résidence) :

Québec
Règlements, Santé et dentaire,
Assurance collective
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Toutes les autres provinces
Règlements, Santé et dentaire,
Assurance collective
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle, au 1 877 422-6487.

Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HNE)