

# ASSURANCE COLLECTIVE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE BOTOX<sup>MD</sup> (onabotulinumtoxinA) DEMANDES DE RENOUVELLEMENT SEULEMENT MIGRAINE CHRONIQUE

Veillez envoyer le présent formulaire à :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Règlements, Maladie complémentaire, 1920 College Avenue, Regina SK S4P 1C4 ou par télécopieur au 306-761-7101

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom Initiale Nom de famille

Téléphone \_\_\_\_\_

Pour recevoir les résultats de votre demande d'autorisation préalable par courriel, inscrivez votre adresse courriel \_\_\_\_\_

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

Patient \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom Initiale Nom de famille

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  
Lien avec le participant \_\_\_\_\_

## SECTION 2 – COORDINATION DES PRESTATIONS

Pour vous assurer de recevoir les prestations auxquelles vous pourriez être admissible, veuillez répondre aux questions qui suivent. Toute réponse incomplète retardera le traitement de votre demande.

Avez-vous demandé une assurance ou avez-vous reçu une assistance financière ou tout autre type de soutien en lien avec ce médicament :

a. Au titre d'un régime d'assurance collective ou individuelle? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du membre de la famille assuré \_\_\_\_\_  
Prénom Initiale Nom de famille

Lien \_\_\_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Numéro de régime \_\_\_\_\_ Numéro de participant \_\_\_\_\_

**Veillez joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande et fournir des précisions quant à cette protection, dont le pourcentage de participation aux frais (coassurance) et les maximums applicables.**

b. Au titre d'un régime provincial? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du programme provincial \_\_\_\_\_

Si « Non », veuillez expliquer pourquoi aucune demande n'a été présentée \_\_\_\_\_

**Veillez préciser et joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande.**

c. Au titre d'un programme d'aide destiné aux patients ou de toute autre source? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du programme ou de l'autre source \_\_\_\_\_

Numéro de participant au programme d'aide destiné aux patients \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource du programme et son numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Personne-ressource \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

Veuillez prendre note que la demande de recours au Botox pour traiter la migraine doit être prescrite par un médecin qui a une formation spécialisée en gestion des maux de tête (c.-à-d. un neurologue, un physiatre, un spécialiste en traitement de la douleur). L'administration du médicament est réservée aux médecins qui possèdent les qualifications et l'expérience appropriées concernant le traitement, l'utilisation et l'administration adéquate du Botox pour les maux de tête.

**Nouvelles demandes** : Les demandes de remboursement de Botox (onabotulinumtoxinA) pour traiter les migraines chroniques **ne sont plus acceptées**. Co-operators Compagnie d'assurance-vie détermine l'admissibilité des médicaments spécialisés en fonction des critères cliniques fondés sur des données probantes ainsi que des lignes directrices gouvernementales. **Le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments ne recommande pas l'inscription du Botox pour le traitement des migraines chroniques**. Les patients qui décident de suivre un traitement au Botox devront en assumer les coûts.

**Demandes de renouvellement** : Les patients pour qui CCAV a déjà approuvé le Botox (onabotulinumtoxinA) pour traiter les migraines chroniques peuvent continuer de recevoir du Botox pendant la durée de la période d'approbation. CCAV peut étudier les demandes de renouvellement de Botox pour les patients bénéficiant d'une autorisation préalable présentée à l'aide du formulaire ci-dessous.

- Selon le dosage recommandé par Santé Canada qui est de 155 à 195 unités tous les 3 mois pour la prévention de maux de tête chez les adultes souffrant de migraines chroniques, le remboursement du Botox est limité à 200 unités tous les 3 mois (pour un maximum de 800 unités par période de 12 mois).
- **L'administration de Botox à des fins esthétiques est strictement exclue de la garantie.**

Médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Type de migraine \_\_\_\_\_

Le Botox est-il prescrit en prophylaxie des migraines chez les patients adultes aux prises avec des migraines chroniques, lorsque les triptans ou les médicaments prophylactiques ne conviennent pas ou n'agissent pas efficacement?  Oui  Non

### TRAITEMENTS ACTUELS ET ANTÉRIEURS PERTINENTS

Médicament ou nom du traitement	Dose	Date de début (MMM/AAAA)	Date de fin (MMM/AAAA)	Résultats ou raison de l'interruption (précisez toute intolérance, échec thérapeutique ou contre-indication)

Le patient reçoit-il actuellement du Botox pour traiter une migraine chronique?  Oui  Non

En moyenne, combien de migraines le patient a-t-il eu par mois au cours des 3 derniers mois? \_\_\_\_\_

Quel est le nombre de migraines le plus élevé par mois au cours de cette période? \_\_\_\_\_

Quel est le nombre de migraines le moins élevé par mois au cours de cette période? \_\_\_\_\_

Durée d'une migraine typique \_\_\_\_\_

Veuillez joindre une copie du journal de maux de tête du patient.

**REMARQUE : Vous devez répondre à toutes les questions cliniques pour les demandes de renouvellement.**

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

### SECTION 4 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

#### Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie (a) à utiliser les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire et tout autre renseignement personnel en sa possession sur le patient susmentionné dans le but d'étudier la présente demande d'autorisation préalable ou toute demande de règlement connexe et d'administrer le régime d'assurance collective au titre duquel toute telle demande peut être déposée, et (b) à communiquer avec les personnes suivantes pour obtenir ou leur divulguer lesdits renseignements personnels : tout médecin, pharmacien ou autre professionnel de la santé ou conseiller en gestion de la santé disposant de renseignements sur la santé dudit patient qui pourraient servir à la présente demande ou à toute demande de règlement connexe.

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Nom du patient ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Signature du patient ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA