

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

UPTRAVI (selexipag)

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 courrier électronique, 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 _____ Lien avec le participant _____
JJ/MMM/AAAA

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 d'adhésion 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

Médecin _____ Spécialité _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Médicament demandé visé par la demande _____ DIN _____ Teneur _____

Durée de traitement prévue _____ Coût mensuel prévu _____ \$

Diagnostic et stade de la maladie _____

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (suite)

1. Le patient a-t-il une HTAP définie selon une pression artérielle pulmonaire moyenne de ≥ 25 mmHg avec cathétérisme cardiaque droit et une pression capillaire pulmonaire normale (≤ 15 mmHg) et sans maladie interstitielle pulmonaire, MPOC ou insuffisance ventriculaire gauche systolique ou diastolique (c.-à-d. HTAP du Groupe 1 selon la classification de l'OMS)? (Annexez toute documentation pertinente à titre justificatif) Oui Non
2. Classification fonctionnelle de la NYHA _____ ou Classification fonctionnelle de l'OMS _____
3. Le patient prend-il actuellement du Upravi (selexipag) ou en a-t-il déjà pris? Oui Non
Si non, dirigez-vous à la question n° 4
- a) Date de début _____
JJ/MM/AAAA
- b) Assurance offerte par _____
- Si oui, le patient répond-il positivement au Upravi - y compris toute amélioration suivante (annexez toute documentation pertinente à titre justificatif) :
 Diminution de la résistance/pression vasculaire pulmonaire Amélioration des symptômes Amélioration de l'activité du patient
 Autre, veuillez préciser : _____
4. Upravi est-il utilisé en monothérapie ou en thérapie combinée?
 Monothérapie (répondre à la question n° 5) Thérapie combinée (répondre aux questions nos 5 et 6)
5. Indiquez tous les traitements pharmaceutiques (passés et actuels) utilisés pour traiter l'HTAP :

Nom du médicament	Posologie	Date de début (MM/AAAA)	Date de fin (MM/AAAA)	Réponse du patient

6. Le patient n'a PAS atteint le ou les objectifs suivants* :
 Amélioration qui atteint au moins la classe II de la classification fonctionnelle de la NYHA
 Test de marche de 6 minutes > 380 mètres
 Saturation en oxygène du sang veineux mêlé avec cathétérisme cardiaque droit > 66 %
- *Seulement s'il est mention de « thérapie combinée » à la question n° 4.
La thérapie combinée peut être envisagée pour les patients qui, par le passé, n'ont pas atteint les objectifs du traitement après au moins 3 mois de monothérapie avec Upravi.

Renouvellement d'ordonnance Oui Non
Si oui, veuillez fournir une preuve objective de l'efficacité du médicament _____

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

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MM/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 tout 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/MM/AAAA