

Strictement confidentiel
Formulaire d'Autorisation Préalable
Pour les médicaments indiqués pour l'arrêt du tabagisme

Veillez envoyer le formulaire par télécopieur au 1-902-481-7114
ou par la poste à l'adresse suivante : MHCSI, 201 Brownlow Avenue, Unit 20
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2

Le présent formulaire doit être rempli **AU COMPLET** et présenté à MHCSI aux fins de l'autorisation de la couverture des médicaments indiqués pour l'arrêt du tabagisme par le régime d'assurance médicaments de votre employeur. La couverture sera accordée en fonction de certains critères et si ces médicaments sont couverts par votre régime. L'approbation peut être assortie de limites quant à la quantité ou à la valeur monétaire, selon le régime.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM : _____ DATE DE NAISS. _____
(EN MAJUSCULES)

ADRESSE : _____ (RUE/BOÎTE POSTALE) _____ (VILLE)
_____ (PROVINCE) _____ (CODE POSTAL)

NUMÉRO DE CARTE MHCSI : _____ / _____
(NUMÉRO DE GROUPE) (NUMÉRO DE CERTIFICAT OU DE CLIENT)

J'autorise par la présente mon médecin, mon infirmier praticien et/ou mon pharmacien à fournir en mon nom l'information qui doit être fournie sur le présent formulaire pour la demande de remboursement des médicaments indiqués pour l'arrêt du tabagisme par mon régime d'assurance médicaments.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

CRITÈRES DE COUVERTURE

Les patients sont admissibles au remboursement des médicaments approuvés pour l'arrêt du tabagisme s'ils satisfont aux critères suivants :

1. Le médecin et/ou le pharmacien à l'origine de l'ordonnance a jugé approprié le recours au(x) médicament(s) pour l'arrêt du tabagisme demandé(s) pour le patient au cas par cas et en tenant compte de l'importance de l'usage du tabac (par exemple, du degré de dépendance à la nicotine), des tentatives antérieures pour cesser de fumer (et des méthodes et produits utilisés) et du ou des médicaments utilisés concurremment et du ou des problèmes de santé concomitants.
2. Attestation des tentatives antérieures pour cesser de fumer (s'il y a lieu) avec indication des méthodes utilisées et de la durée de l'abstinence.
3. Participation concomitante recommandée à un programme reconnu et personnalisé de prise en charge comportementale pour l'arrêt du tabagisme (s'il y a lieu et si un tel programme est offert).

CONDITIONS D'APPROBATION

Champix : Conformément à l'ordonnance d'un médecin/infirmier praticien en parallèle avec des conseils sur l'arrêt du tabagisme. Dosé conformément à la monographie du produit pour une période d'approbation pouvant aller jusqu'à 12 semaines (avec approvisionnement mensuel). Une prolongation peut être accordée au cas par cas sur présentation, sur un nouveau formulaire de demande de remboursement de médicaments non inscrits, des informations cliniques mises à jour confirmant le **succès** de l'arrêt du tabagisme au cours du traitement initial de 12 semaines. À l'heure actuelle, il N'est PAS recommandé de prendre du Champix en même temps qu'une thérapie de remplacement de la nicotine.

Zyban (bupropion) : Conformément à l'ordonnance d'un médecin/infirmier praticien. Dosé conformément à la monographie du produit pour une période d'approbation initiale pouvant aller jusqu'à 12 semaines (avec approvisionnement mensuel). Une prolongation peut être accordée au cas par cas sur présentation, sur un nouveau formulaire de demande de remboursement de médicaments non inscrits, des informations cliniques mises à jour confirmant le succès de l'arrêt du tabagisme au cours du traitement initial de 12 semaines.

***Produits en vente libre – Timbres de nicotine, gomme à mâcher et inhalateur Nicorette** : Conformément à l'ordonnance d'un médecin ou d'un pharmacien. Dosé conformément à la monographie du produit pour une période d'approbation initiale pouvant aller jusqu'à 12 semaines. Une prolongation peut être accordée au cas par cas sur présentation, sur un nouveau formulaire de demande de remboursement de médicaments non inscrits, des informations cliniques mises à jour confirmant le succès de l'arrêt du tabagisme au cours du traitement initial de 12 semaines.

Quantités initiales approuvées : Timbres : 12 paquets de 7 timbres

Gomme à mâcher à la nicotine : paquets de 30 à 105 morceaux

Inhalateur Nicorette : lots de 6 à 42 inhalations

***Certains groupes qui ne couvrent pas l'arrêt du tabagisme n'acceptent que le Zyban ou le Champix, mais aucun produit en vente libre.**

À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN, L'INFIRMIER PRATICIEN ou LE PHARMACIEN EN CONSULTATION AVEC LE MÉDECIN OU L'INFIRMIER PRATICIEN

Cher docteur/infirmier praticien/pharmacien : Nous vous saurions gré de fournir les informations sur l'état de santé du patient susmentionné et ses antécédents de traitement qui sont exigées par le commanditaire du régime d'assurance médicaments aux fins de l'approbation des réclamations pour les médicaments destinés à l'arrêt du tabagisme. Veuillez remplir AU COMPLET les sections suivantes du présent formulaire. Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.

Médicament demandé – un médicament générique peut être utilisé, le cas échéant

Nom du médicament	Dosage	DIN
Zyban (bupropion)	___ 150 mg	___ 02238441
Timbres à la nicotine Nicoderm Habitrol	___ 21 mg ___ 14 mg ___ 7 mg	___ 02093146 ___ 02093138 ___ 02093111 ___ 01943073 ___ 01943065 ___ 01943057
Gomme à mâcher Nicorette	___ 4 mg ___ 2 mg	___ 02091941 ___ 02091933
Inhalateur Nicorette	___ 10 mg/4 mg	___ 02241742
Champix (tartrate de varénicline)	___ 0,5 mg ___ 1 mg ___ trousse de départ	___ 02291177 ___ 02291185 ___ 02298309
Veuillez indiquer la posologie :		
S'agit-il d'une demande pour ___ une première tentative de cesser de fumer, ___ la poursuite ou ___ un nouvel essai de la thérapeutique d'arrêt du tabagisme?		

Page suivante

RENSEIGNEMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE DU MÉDICAMENT

Paramètres et description du patient et du traitement		
Problèmes de santé concomitants (cochez toutes les réponses pertinentes)	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire, <i>veuillez préciser :</i> <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire cérébrale, <i>veuillez préciser :</i> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie gastro-intestinale, <i>veuillez préciser :</i> <input type="checkbox"/> Asthme / MPOC <input type="checkbox"/> Cancer, <i>veuillez préciser :</i> <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Autre, <i>veuillez préciser :</i>	
Le patient a-t-il déjà tenté de cesser de fumer?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, veuillez fournir ci-dessous les renseignements pertinents, y compris le nombre de tentatives et leurs résultats.)	
Participation concomitante prévue à un programme reconnu et personnalisé de prise en charge comportementale pour l'arrêt du tabagisme (cochez toutes les réponses pertinentes)	<input type="checkbox"/> Programme de suivi par le médecin/infirmier praticien <input type="checkbox"/> Programme de suivi par le pharmacien <input type="checkbox"/> Programme d'aide aux employés (PAE) commandité par l'employeur <input type="checkbox"/> Programme de soutien du fabricant (par exemple, Zyban®Net) <input type="checkbox"/> Programmes commerciaux (par exemple, celui de l'Association des maladies pulmonaires ou un programme privé) <i>Veillez préciser :</i> <input type="checkbox"/> Aucun programme de soutien comportemental concomitant prévu	
Nom et signature du médecin / infirmier praticien :	Téléphone :	Date :
Nom et signature du pharmacien :	Code de pharmacie, emplacement, téléphone :	Date :
À USAGE INTERNE SEULEMENT		
Décision <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé	Date	Quantité
	Approuvé par	ou date de fin
Prolongation possible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	