

NOUS SOMMES LÀ POUR VOS PATIENTS SOUS RYBELSUS®

LE PROGRAMME D'ÉVALUATION DES OPTIONS DE REMBOURSEMENT DE RYBELSUS®

Si votre patient a des questions sur sa couverture d'assurance et son admissibilité, notre spécialiste en remboursement peut l'aider à obtenir des réponses et à mieux comprendre ses options.



**QUESTIONS? Composez
le numéro sans frais :
1-888-598-0420**

Le Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus® offre à vos patients des conseils sur le remboursement. Inscrivez vos patients dès aujourd'hui!



Toutes les marques déposées appartiennent à Novo Nordisk A/S et sont utilisées par Novo Nordisk Canada Inc.
Novo Nordisk Canada Inc., Tél. : 905-629-4222 ou
1-800-465-4334. www.novonordisk.ca
© 11/2020 Novo Nordisk Canada Inc. CA20RYB00023F



RYBELSUS®
comprimés de sémaglutide

Le Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus® est un service de soutien conçu pour aider les patients à comprendre les options à leur disposition en ce qui concerne le remboursement du médicament et à franchir les étapes requises. Géré par Novo Nordisk Canada Inc. (« Novo Nordisk »), le programme est administré par un tiers fournisseur de services au Canada et est réservé aux résidents canadiens. Seuls les patients s'étant fait prescrire Rybelsus® par un professionnel de la santé ont accès à ce programme. Novo Nordisk se réserve le droit de mettre fin au programme et aux services qui y sont offerts.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	Nom du patient :		Âge :	Sexe : Homme <input type="checkbox"/>		
				Femme <input type="checkbox"/>		
	Adresse (y compris n° d'app.) :		Ville :	Province :	Code postal :	
	Téléphone à domicile :	Mode de communication préféré :	Téléphone <input type="checkbox"/>	Courriel <input type="checkbox"/> _____		
	Autre numéro :	Moment préférable :	Matin <input type="checkbox"/>	Après-midi <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	
Permission de laisser un message : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Permission d'envoyer un message par courriel : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
AUTORISATION DU PATIENT	_____		_____		_____	
	Patient (signature)		Patient (caractères d'imprimerie)		Date	
(En signant ici, vous reconnaissez avoir lu les modalités décrites au verso du présent formulaire et les acceptez.)						
J'autorise le Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus® à communiquer avec mon médecin si un formulaire d'autorisation spéciale est nécessaire.						
RYBELSUS®	Rybelsus® (comprimés de sémaglutide) Date de l'ordonnance : _____					
(jj/mm/aaaa)						
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	Traitement antihyperglycémiant actuel et dose : _____			Poids du patient : _____		
	Traitement antihyperglycémiant antérieur et dose : _____			Taille du patient : _____		

(suite au verso)

RYBELSUS® (comprimés de sémaglutide) est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à l'exercice pour améliorer le contrôle glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2 :

- en monothérapie lorsque la metformine est jugée inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications
- en association avec d'autres médicaments pour le traitement du diabète (voir la section sur les essais cliniques dans la monographie de produit pour connaître les populations de patients et les associations médicamenteuses testées)

Veuillez consulter la monographie de RYBELSUS® au RYBELSUSPM-F.ca pour obtenir de plus amples renseignements sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie, qui n'ont pas été mentionnés dans cette publicité.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie de produit en composant le 1-800-465-4334.

Je consens à participer au Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus®. J'ai conscience que les services faisant partie du programme sont fournis par un tiers à la demande de Novo Nordisk. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes « renseignements personnels » et de mes « renseignements personnels sur la santé » (tels que définis dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*) par le tiers fournissant les services dans le cadre du programme, aux fins énumérées ci-après :

- pour communiquer avec moi par téléphone, par courriel ou par la poste afin de me fournir les services du programme demandés;
- pour communiquer avec les professionnels de la santé qui s'occupent de moi;
- pour administrer le programme, notamment en communiquant avec les assureurs publics et/ou privés;
- pour signaler tout effet indésirable, conformément à l'obligation de Novo Nordisk de respecter les exigences réglementaires en matière de signalement;
- pour donner suite à des plaintes d'ordre technique concernant Rybelsus®.

Je comprends que l'utilisation et la divulgation de mes renseignements par le tiers peut comporter le stockage ou le traitement de mes renseignements personnels et de mes renseignements personnels sur la santé à l'extérieur du Canada et ainsi être assujetties à des lois en matière de confidentialité des renseignements personnels différentes de celles qui s'appliquent au Canada, y compris des lois qui exigent la divulgation de renseignements personnels et de renseignements personnels sur la santé à des autorités gouvernementales dans des circonstances qui sont différentes de celles qui s'appliquent au Canada.

Je consens aussi à ce que Novo Nordisk utilise les données anonymisées regroupées pour évaluer le programme et les services offerts. Je comprends que mes renseignements personnels et mes renseignements personnels sur la santé ne seront divulgués à Novo Nordisk que si la loi l'exige (par exemple, dans le cas du signalement d'effets indésirables).

Je comprends que je suis libre en tout temps de retirer mon consentement à participer au Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus® en contactant le tiers fournisseur de services retenu par Novo Nordisk au numéro sans frais 1-888-598-0420.

Par la présente, je dégage Novo Nordisk Canada Inc., ainsi que ses sociétés affiliées, filiales et divisions, ses directeurs, cadres, employés, agents et fournisseurs, de toute responsabilité advenant toute action ou poursuite en justice, tout recours individuel ou collectif ou toute allégation ou revendication quelle qu'en soit la nature, qu'elle soit connue, soupçonnée ou inconnue sur le plan de la loi ou de l'équité, y compris mais sans s'y limiter, toute réclamation découlant de ma participation volontaire ayant trait à une blessure, perte ou mort éventuelles survenant en association avec ma participation au Programme d'évaluation des options de remboursement de Rybelsus®.