



PROGRAMME D'ASSISTANCE
ADMINISTRATIVE
AU REMBOURSEMENT



PROGRAMME D'ASSISTANCE
ADMINISTRATIVE
AU REMBOURSEMENT



Ilham Zrii
Coordinatrice Patient Mourafaqati

☎ +212 7 02 00 92 14
✉ mourafaqati@iqvia.com



Mourafagati
مرافقتي

Lettre d'information aux médecins sur le programme d'accès "Mourafaqati"

Cher Docteur,

Roche Maroc est un acteur de santé engagé pour que les patients marocains aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. Au-delà du médicament, Roche s'est toujours efforcé de mettre en œuvre tous les outils nécessaires pour mieux accompagner le patient et son médecin, particulièrement lorsqu'il s'agit du parcours patient. Et c'est à ce propos que nous portons à votre connaissance le lancement de notre programme de soutien destiné aux patients nécessitant un de nos médicaments non encore remboursables.

Le programme, nommé MOURAFAQATI, est un programme développé par les laboratoires Roche Maroc en partenariat avec IQVIA.

Ce programme a pour but d'aider lesdits patients ainsi que leurs médecins traitants dans la constitution et le suivi d'une demande de dérogation exceptionnelle de remboursement de médicaments non encore remboursables auprès de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). MOURAFAQATI n'a aucunement pour ambition ni d'inciter ni d'intervenir dans la prescription du médecin ou dans le remboursement dudit médicament. Ce programme n'a pour unique but que de soutenir les patients et leurs médecins dans leurs démarches administratives. Il est à noter également que toute prescription hors AMM ne peut être intégrée dans le Programme.

IQVIA a été choisie comme partenaire de Roche pour la mise en place et la gestion du Programme. Sa responsabilité se résume à orienter les patients sur les pièces que doit contenir le dossier de recours à l'ANAM, et éventuellement représenter les patients auprès de l'ANAM. Dans ce cas-là, le patient devra donner mandat au représentant de IQVIA pour ce faire. Il est à souligner que ni Roche ni IQVIA n'ont une obligation de résultat, ce programme étant seulement destiné à assister les patients dans leurs démarches administratives.

En votre qualité de médecin traitant, nous vous prions de bien vouloir informer les patients éligibles de l'existence du Programme, de leur remettre le kit de documentation, et de les orienter vers le Responsable du Programme IQVIA qui pourra assurer le suivi et le support du patient dans toutes ses démarches liées à la procédure de dérogation exceptionnelle de remboursement auprès de l'ANAM.

Veillez agréer, cher docteur, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Roche SA

FICHE DE RENSEIGNEMENT PATIENT

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ACCÈS "MOURAFAQATI"

MOURAFAQATI est un programme de soutien aux patients traités par un des médicaments ci-dessous, quand ce dernier n'est pas encore remboursable par l'ANAM. Ce programme a pour but d'aider lesdits patients ainsi que leurs médecins traitants dans la constitution et le suivi d'une demande de dérogation exceptionnelle de remboursement de ce médicament. MOURAFAQATI n'a aucunement pour ambition ni d'inciter ni d'intervenir dans la prescription du médecin ou dans le remboursement dudit médicament. Ce programme n'a pour unique but que de soutenir les patients et leurs médecins dans leurs démarches administratives. Il est à noter également que toute prescription hors AMM ne peut être intégrée dans le Programme.

Informations relatives au médecin traitant:

Nom et Prénom:.....

Spécialité:.....

Ville:.....

Informations relatives au patient:

Nom et prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Numéro de Téléphone:

Email:

Merci de cocher le médicament concerné ainsi que son indication:

Alecensa®	<input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avec ALK positif, localement avancé ou métastatique.
Enspryng®	<input type="checkbox"/> En monothérapie ou en association avec un traitement immunosuppresseur (TIS) dans le traitement des spectre de la neuromyélie optique (NMOSD) chez les adultes et les adolescents présentant des anticorps IgG antiaquaporine- 4 (c.-à-d. séropositifs pour les IgG antiAQP4).
Hemlibra®	En prophylaxie pour prévenir les épisodes hémorragiques, dans toutes les tranches d'âge: <input type="checkbox"/> chez les patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs anti-facteur VIII <input type="checkbox"/> chez les patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs anti-facteur VIII
Kadcyla®	<input type="checkbox"/> Cancer du sein métastatique (mBC): en monothérapie pour le traitement des patients atteints de cancer du sein HER2+, inopérable, localement avancé ou métastatique et prétraités par le trastuzumab et un taxane. <input type="checkbox"/> Cancer du sein précoce (eBC): en monothérapie pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif au stade précoce qui, après une chimiothérapie préopératoire contenant un taxane en combinaison avec au moins le trastuzumab en tant que traitement HER2, présentent une maladie résiduelle dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques.
Ocrevus®	<input type="checkbox"/> Chez les patients adultes atteints de formes actives de Sclérose En Plaques Récurrente (SEP-R) . <input type="checkbox"/> Chez les patients adultes atteints de Sclérose En Plaques Primaire Progressive (SEP-PP) .
Phesgo®	<input type="checkbox"/> Cancer du sein précoce: -->En association à une chimiothérapie, dans : <input type="checkbox"/> • Le traitement néoadjuvant de patients adultes atteints d'un cancer du sein HER2 positif localement avancé, inflammatoire ou à un stade précoce avec un risque élevé de récidive. <input type="checkbox"/> •Le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif avec un risque élevé de récidive. <input type="checkbox"/> Cancer du sein métastatique --> En association au docétaxel, dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique ou localement récidivant non résecable HER2 positif, n'ayant pas reçu au préalable de traitement anti-HER2 ou de chimiothérapie pour leur maladie métastatique.
Polivy®	<input type="checkbox"/> Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) non précédemment traité: en association au rituximab, au cyclophosphamide, à la doxorubicine et à la prednisone (R-CHP). <input type="checkbox"/> Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, non candidats à une greffe de cellules souches hématopoïétiques: en association à la bendamustine et au rituximab.

Tecentriq®	<input type="checkbox"/> Carcinome urothélial localement avancé ou métastatique: en monothérapie chez les patients adultes après une chimiothérapie antérieure à base de platine ou considérés inéligibles au cisplatine et dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 \geq 5 %
	Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC): <input type="checkbox"/> En association au bevacizumab, paclitaxel et carboplatine: <input type="checkbox"/> • 1ere L pour un CBNPC non épidermoïde métastatique et, <input type="checkbox"/> • Après échec des thérapies ciblées appropriées, pour les CBNPC avec EGFR+ ou ALK+.
	<input type="checkbox"/> En association au nab-paclitaxel et carboplatine, en 1ere L pour les CBNPC non épidermoïde métastatique avec EGFR - ou ALK -
	<input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> • 1ere L , pour un CBNPC métastatique avec PD-L1 \geq 50 % (TC*) ou \geq 10 % (IC**) et qui sont EGFR- ALK - . <input type="checkbox"/> • pour les CBNPC localement avancés ou métastatiques après une chimiothérapie antérieure. Les patients atteints d'un CBNPC avec EGFR + ALK+ doivent également avoir reçu des thérapies ciblées avant de recevoir Tecentriq.
	<i>*sur les cellules tumorales</i> <i>**sur les cellules immunitaires infiltrant la tumeur</i>
	<input type="checkbox"/> Cancer bronchique à petites cellules de stade étendu: en 1ère ligne, en association au carboplatine et à l'étoposide, chez les patients adultes.
	<input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire avancé ou non résecable: en association au bevacizumab, chez les patients adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur

Date et signature du médecin traitant:

Cachet du médecin traitant:





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT

DOCUMENT À LIRE ET À SIGNER PAR LE PATIENT AFIN DE POUVOIR BÉNÉFICIER DES SERVICES DU PROGRAMME MOURAFAQATI

J'ai été informé du programme « Mourafaqati » par mon médecin traitant et par l'entreprise IQVIA Maroc et je comprends qu'il s'agit d'un programme d'aide aux patients traités par le médicament objet de la prescription de mon médecin, quand ce dernier n'est pas remboursable par l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

Ce programme a pour but d'aider lesdits patients ainsi que leurs médecins traitants dans la constitution et le suivi d'une demande de dérogation exceptionnelle de remboursement de médicaments non encore remboursables auprès de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

Mourafaqati n'a aucunement pour ambition d'inciter les médecins à la prescription du médicament ni d'intervenir dans le processus de remboursement. Ce programme n'a pour unique but que de soutenir les patients et leurs médecins dans leurs démarches administratives, et ne garantit en aucun cas que la décision de remboursement exceptionnel sera prise par l'ANAM.

En signant le présent document:

- Je comprends que toute prescription hors AMM / indication officielle du médicament au Maroc ne peut être intégrée dans le Programme.
- Je comprends que le Programme Mourafaqati est un programme de soutien aux patients qui a été initié par Roche Maroc en tant que responsable du traitement des données à caractère personnel et pour lequel IQVIA en est le sous traitant.
- Je comprends que selon La loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, j'exprime mon consentement d'une façon claire, incontestable, libre et avertie pour que IQVIA, société marocaine enregistrée au registre du commerce de Casablanca sous le N°69449, basée à California Garden, Building 37-38, La colline, Casablanca et représentée légalement par M. NOURE Safouane, collecte mes données personnelles sensibles dans le cadre de la gestion du programme de support Mourafaqati initié par les Laboratoires Roche Maroc et mis en place par IQVIA Maroc.
- Je comprends et reconnais que le programme ne remplace ni n'interfère en aucun cas avec les conseils, recommandations et/ou ordonnances de mon/mes médecin(s) traitant(s), en relation avec ma santé, mon traitement ou les médicaments qui me sont prescrits.
- Je comprends que les avantages fournis par ce programme sont gratuits et que ledit programme est géré par l'entreprise IQVIA et financé par la société Roche Maroc. Je suis informé que je pourrai bénéficier de ce programme si j'y suis éligible sans aucune contrepartie de ma part. De ce fait, je ne serai pas amené à payer quelque montant que ce soit pour bénéficier de ce programme.
- Je comprends que je ne pourrai rentrer en contact et échanger avec IQVIA que dans le cadre de mon adhésion à ce programme et pour bénéficier de ses avantages.
- Par ailleurs, dans le cadre de ce programme, j'atteste que Roche Maroc n'est jamais entrée en contact avec moi et je comprends qu'elle ne sera jamais en contact avec moi durant ce Programme.
- Je prends note que IQVIA comme Roche Maroc s'engage à agir dans le cadre de ce programme dans le respect total de la réglementation locale et de l'éthique.
- Je comprends que ce Programme n'a aucune obligation de résultat en ce qui concerne la décision finale de remboursement de l'ANAM qui revient exclusivement à cette dernière, et comprends que ce Programme n'a pour unique but que de me soutenir dans les démarches administratives liées à cette procédure.

- Je comprends que je peux donner mandat au Représentant IQVIA pour me représenter auprès de l'ANAM si je le souhaite.
- Je comprends que toutes les données personnelles, même sensibles liées à ma santé, demandées par IQVIA sont indispensables pour répondre à des exigences logistiques, administratives et organisationnelles pour l'exécution de l'ensemble des services liés au programme Mourafaqati. Ces données traitées à titre confidentiel ne seront partagées avec aucune autre partie. Elles seront exclusivement utilisées dans le cadre du programme Mourafaqati par IQVIA Maroc.
- Je comprends que certaines données personnelles collectées peuvent être transmises de manière anonyme à Roche Maroc à des fins exclusivement de suivi de la pharmacovigilance, conformément à la déclaration qui a été faite auprès de la CNDP.
- Je reconnais que IQVIA Maroc m'a indiqué, de manière concise et précise, sur le présent document, mes droits, notamment :
 - Mon droit d'accès : j'ai le droit d'obtenir du responsable de traitement, à des intervalles raisonnables, gratuitement et sans délai, la confirmation que les données me concernant font l'objet ou non d'un traitement. Je peux également demander les caractéristiques du traitement effectué telles que ses finalités, les catégories et l'origine des données utilisées et les destinataires auxquels elles sont transmises.
 - Mon droit de rectification : à tout moment, je peux exiger du Responsable du Programme IQVIA, la rectification, l'effacement ou le verrouillage de mes données personnelles lorsque ces dernières me semblent être inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées. Le Responsable du Programme est tenu de procéder aux rectifications demandées, gratuitement et dans un délai maximum de dix jours, auprès de ses services et des tiers à qui il a communiqué les données à rectifier. En cas de refus ou de non-réponse du Responsable du Programme IQVIA, la personne concernée peut saisir la CNDP qui procédera aux investigations nécessaires.
 - Mon droit d'opposition : j'ai le droit de m'opposer à tout moment, pour des motifs légitimes et sans frais, au traitement de mes données personnelles, en contactant le Responsable du Programme IQVIA, par écrit.
 - Pour exercer ces droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, je peux contacter directement le Responsable du Programme IQVIA via les coordonnées marquées dans la carte visite que m'a remise mon médecin traitant.
- Je comprends que ce programme peut être suspendu ou modifié à tout moment et je serai informé de cette décision par l'équipe IQVIA. Je comprends aussi et conviens que je n'aurai droit à aucune indemnité ou compensation à la suite de l'annulation ou de la suspension du programme. Par ailleurs, je m'engage irrévocablement à ne protester d'aucune manière que ce soit en cas d'arrêt du programme une fois entamé; ce programme étant gratuit et n'exigeant aucune contrepartie de ma part.
- Je consens que ma participation à ce programme soit de nature volontaire. Je comprends aussi que je suis libre de refuser de répondre à toute question et que je peux me désister ou me retirer du programme à tout moment et que mes réponses ainsi que mes données personnelles sensibles resteront anonymes.
- Suite aux déclarations faites, en signant le présent document, je confirme que j'ai bien compris le programme et que j'ai été satisfait des réponses données à l'ensemble de mes questions.
- En signant ce document, je reconnais par ailleurs avoir lu et accepté les conditions du programme.

Nom et prénom du patient :

Tel :

Signature :



نموذج الموافقة المسبقة للمريض

وثيقة يقرأها المريض ويوقعها من أجل الاستفادة من خدمات برنامج «مرافقتي»

لقد تم إبلاغي ببرنامج «مرافقتي» من قبل طبيبي المعالج وشركة IQVIA المغرب وأدرك أنه برنامج مساعدة للمرضى الذين يعالجون بالدواء الذي وصفه طبيبي. عندما لا يكون هذا الدواء قابل للتعويض من قبل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي (ANAM).
أفهم أن الغرض من هذا البرنامج هو مساعدة المرضى والأطباء المعالجين في إعداد الملف الإداري عندما يتعلق الأمر بمسطرة استثنائية لتعويض الأدوية التي لم يتم إدراجها في لائحة الأدوية المنصوص عنها من طرف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي (ANAM)؛
ليس لدى «مرافقتي» أي صدد لتشجيع الأطباء على وصف الدواء أو التدخل في عملية التعويض. الغرض الوحيد من هذا البرنامج هو دعم المرضى وأطبائهم في عملياتهم الإدارية، ولا يضمن بأي حال من الأحوال أن قرار الموافقة غير الاستثنائية لتعويض عن الدواء سيتخذ من قبل (ANAM).

بالتوقيع على هذه الوثيقة

- أفهم أن أي وصفة طبية من خارج الإشارة الرسمية للدواء في المغرب لا يمكن إدماجها في برنامج.
- أفهم أن برنامج «مرافقتي» هو برنامج لدعم المرضى بدأتها شركة Roche المغرب كشركة مسؤولة عن إدارة المعلومات الشخصية وشركة IQVIA المغرب المتعاقد معها من الباطن و تم التعاقد مع IQVIA لتسيير البرنامج .
- أفهم أنه وفقًا للقانون 09 - 08 بشأن حماية الأشخاص الطبيعيين فيما يتعلق بإدارة المعلومات الشخصية، أعبر عن موافقتي بطريقة واضحة لا جدال فيها و حرة مستنيرة لكي تكون IQVIA، شركة مغربية مسجلة في السجل التجاري بالدار البيضاء تحت الرقم 69449 ومقرها في حديقة كاليفورنيا، المبنى 37-38 لا كولين، الدار البيضاء، ويمثلها قانونيا السيد نور سفوان، مكلفة بجمع معلوماتي الشخصية الحساسة في إطار إدارة برنامج الدعم «مرافقتي» الذي بدأتها مختبرات Roche المغرب .
- أفهم وأوافق على أن البرنامج لا يحل بأي شكل من الأشكال محل أو يتعارض مع النصائح والتوصيات و/أو الوصفات الطبية لطبيبي (أطباي) المعالج فيما يتعلق بصحتي أو علاجي أو الأدوية الموصوفة.
- أفهم أن المزايا التي يوفرها هذا البرنامج مجانية وأن البرنامج تديره IQVIA وتموله Roche المغرب. لقد أبلغت أنني سأتمكن من الاستفادة من هذا البرنامج إذا كنت مؤهلاً دون أي مقابل من جانبي. نتيجة لذلك، لن أضطر إلى دفع أي مبلغ للاستفادة من هذا البرنامج.
- أفهم أنني سأكون قادراً على الاتصال والتفاعل مع IQVIA فقط. وذلك كجزء من عضويتي في هذا البرنامج والاستفادة من فوائده.
- زيادة على ذلك، كجزء من هذا البرنامج، أشهد أن Roche المغرب لم تتصل بي أبداً وأنا أفهم أنه لن تكون على اتصال بي أبداً خلال هذا البرنامج.
- أخذت علماً أن IQVIA و Roche المغرب ملتزمون بالعمل في إطار هذا البرنامج في امتثال كامل للأنظمة والقوانين المحلية.
- أفهم أن هذا البرنامج ليس ملزماً بالنتيجة فيما يتعلق بقرار التعويض النهائي من طرف ANAM، والذي هو مسؤولية ANAM لوحدها، وأفهم أن الغرض الوحيد من هذا البرنامج هو دعمي في الإجراءات الإدارية المتعلقة بهذا الإجراء.
- أفهم أنه يمكنني توكيل ممثل IQVIA لتمثيلي أمام ANAM إذا أردت.

- أفهم أن جميع المعلومات الشخصية، وحتى المعلومات الحساسة المتعلقة بصحتي، التي يطلبها IQVIA ضرورية لتلبية المتطلبات اللوجستية والإدارية والتنظيمية لتنفيذ جميع الخدمات المتعلقة ببرنامج «مراقبي». لن تتم مشاركة هذه المعلومات السرية مع أي طرف آخر. سيتم استخدامها حصريًا كجزء من برنامج مراقبي من قبل IQVIA المغرب.
- أفهم أن بعض المعلومات الشخصية التي تم جمعها قد يتم إرسالها دون الكشف عن هويتها إلى شركة Roche المغرب لغرض وحيد هو مراقبة اليقظة الدوائية، وفقًا للبيان الذي أدلى به إلى CNDP .
- أعترف بأن IQVIA المغرب شرح لي، بطريقة موجزة ودقيقة، حقوقي في هذه الوثيقة، بما في ذلك:
 - حقي في الحصول: يحق لي الحصول من المراقب، في فترات معقولة، مجانًا ودون تأخير، على تأكيد بأن المعلومات المتعلقة بي هي قيد الإدارة أم لا. ويمكنني أيضًا أن أطلب خصائص الإدارة التي أجريت مثل أغراضها وفئات المعلومات المستخدمة ومنشأها والمتلقين الذين ترسل إليهم.
 - حقي في التصحيح: في أي وقت، قد أطلب من مدير برنامج IQVIA تصحيح أو حذف أو قفل معلوماتي الشخصية عندما يبدو لي أنها غير دقيقة أو غير كاملة أو غامضة أو قديمة. ومدير البرنامج ملزم بإجراء التعديلات المطلوبة، مجانًا وفي خلال عشرة أيام كحد أقصى، لخدمتي و لخدمت الأطراف الثالثة التي أرسل إليها المعلومات المراد تصحيحها. وفي حالة رفض مدير البرنامج أو عدم رده، يجوز للشخص المعني بالأمر أن يحيل المسألة إلى CNDP الذي سيجري التحقيقات اللازمة.
 - حقي في الاعتراض: يحق لي الاعتراض في أي وقت، لأسباب مشروعة ومجانية، على إدارة معلوماتي الشخصية، من خلال الاتصال بمدير برنامج IQVIA كتابةً.
- لممارسة حقوق الحصول والتصحيح والمعارضة هذه وفقًا لأحكام القانون 08-09، يمكنني الاتصال بمدير برنامج IQVIA مباشرة عبر قنوات الاتصال الموضحة في البطاقة التي قدمها لي طبيبي.
- أفهم أن هذا البرنامج قد يتم تعليقه أو تعديله في أي وقت وسوف يتم إبلاغي بهذا القرار من قبل فريق IQVIA. أفهم أيضًا و أوافق على أنه لن يحق لي الحصول على أي بديل أو تعويض نتيجة لإلغاء أو تعليق البرنامج. وزيادة على ذلك، أتعهد بلا رجعة بعدم الاحتجاج بأي شكل من الأشكال في حالة إيقاف البرنامج بمجرد بدئه؛ هذا البرنامج مجاني ولا يتطلب أي اعتبار من جانبي.
- أوافق على أن مشاركتي في هذا البرنامج طوعية. أفهم أيضًا أنني حر في رفض الإجابة على أي أسئلة وأنه يمكنني التوقف أو الانسحاب من البرنامج في أي وقت وأن إجاباتي ومعلوماتي الشخصية الحساسة ستظل مجهولة الهوية.
- بعد المعلومات التي تم الإدلاء بها، من خلال التوقيع على هذه الوثيقة، أؤكد أنني فهمت البرنامج وأنني راضٍ عن الإجابات المقدمة على جميع أسئلتي.
- من خلال التوقيع على هذه الوثيقة، أقر أيضًا بأنني قرأت وقبلت شروط وأحكام البرنامج.

اسم المريض العائلي والشخصي :

الهاتف:

التوقيع:

