

Demande de protection pour un médicament biologique d'origine

Ce formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement pour médicament.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

La Canada Vie reconnaît et respecte l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime de garanties. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection de renseignements personnels ou si vous avez des questions sur les politiques et les pratiques de la Canada Vie en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), consultez le site canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État, des programmes de soutien aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime de garanties. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. La Canada Vie se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment, et ce consentement s'étend à toute vérification de ma demande de règlement. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé la Canada Vie à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.

Signature du participant du régime : _____ Date : _____

Directives pour remplir le formulaire

1. Remplissez les sections dans la partie « Renseignements sur le patient ».
2. Demandez au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».
3. Faites parvenir toutes les pages du formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique (voir les renseignements ci-dessous).

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

**Par la poste : La Compagnie d'Assurance du
Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5**

**Par télécopieur : Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
Télécopieur : 1 204 946-7664**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments**

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, visitez le site Web de la Canada Vie au canadavie.com ou communiquez avec le Service d'assistance aux clients collectifs au 1 800 957-9777. Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous au 711 pour que la ligne ATS transfère votre message au téléphoniste, ou au 1 800 855-0511 pour parler au téléphoniste qui enverra votre message vers la ligne ATS.

Demande de protection pour un médicament biologique d'origine

Renseignements fournis par le participant de régime – Remplissez toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Participant de régime :		Nom du patient :	
Nom du régime :	Numéro de régime :	Numéro d'identification du participant de régime :	
Date de naissance du patient (JJ-MM-AAAA) :	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :		

Veuillez indiquer votre numéro de téléphone et préciser les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Peut-on communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.)

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel : _____

Veuillez indiquer si vous avez déjà pris ce médicament

Le patient a-t-il déjà pris ou prend-il actuellement ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, a) indiquez la date de début (JJ-MM-AAAA) : _____

b) précisez qui couvre ce médicament : _____

(si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de ce médicament)

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un autre régime collectif

Le patient a-t-il une assurance médicaments aux termes d'un autre régime collectif? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'autre compagnie d'assurance : _____

Si l'autre régime est détenu auprès de la Canada Vie, indiquez le numéro du régime et le numéro d'identification du participant : _____

Nom du participant de régime : _____

Lien avec le patient : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus :

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un régime provincial ou détenez une protection d'une autre source

Le patient est-il couvert par un régime provincial ou détient-il une protection d'une autre source? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom du régime ou de l'autre source : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus : _____

Le patient reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? Oui Non

Veuillez indiquer si vous participez à un programme de soutien aux patients

Le patient participe-t-il à un programme de soutien aux patients pour ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients : _____

2. Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource du programme de soutien aux patients :

Personne-ressource : _____ Numéro de téléphone : _____

Demande de protection pour un médicament biologique d'origine

Note à l'intention du médecin : Afin d'évaluer la demande de règlement pour ce médicament, nous avons besoin de renseignements détaillés sur l'historique des médicaments d'ordonnance du patient, comme il est demandé ci-dessous.

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. *LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.*

Renseignements fournis par le médecin (en caractères d'imprimerie)		
Nom du médecin prescripteur :	Spécialité :	
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :		
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) :	
Indication :	Durée prévue du traitement :	
Médicament biologique d'origine	Appellation chimique	Posologie/fréquence

Le patient :

- N'a jamais été traité
- Prend actuellement un médicament biologique d'origine
- Prend actuellement un médicament biosimilaire
- Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez remplir le tableau des antécédents de traitement à l'égard de tous les médicaments biologiques essayés.

Médicament(s) biologique(s) prescrit(s) maintenant ou par le passé	Dose	Date de début (JJ-MM-AAAA)	Date d'arrêt (JJ-MM-AAAA)	Résultats cliniques
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____

Expliquez les raisons pour lesquelles un médicament biologique d'origine doit être utilisé (incluez des renseignements sur les traitements précédents, les facteurs propres au patient, etc.).

Signature du médecin : _____ Date: _____

Numéro d'immatriculation : _____

Demande de protection pour un médicament biologique d'origine

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification. Une fois rempli, ce formulaire doit être retourné à la Canada Vie par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

**Par la poste : Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5**

**Par télécopieur : La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
Gestion des demandes
de règlement, Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
Gestion des demandes
de règlement, Médicaments**