

Formulaire relatif à la mesure du patient d'exception du Québec

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements qui serviront à évaluer votre demande de règlement pour frais de 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 protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime collectif. 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 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 ou des programmes d'aide 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 collectif. 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 de 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 relatif à la mesure du patient d'exception et aux médicaments d'exception du Québec 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**

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la mesure du patient d'exception du Québec, 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.

(Suite à la page suivante)

Page 1 de 4

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) :		

Veillez 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? (Veillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.)

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

Veillez 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)

Veillez 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 : _____

Veillez donner des précisions et joindre les documents d'acceptation ou de refus :

Veillez 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 : _____

Veillez donner des précisions et joindre les documents 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

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) :

1. Nom du médicament prescrit : _____

2. Dose prescrite et posologie : _____

3. Poids du patient : _____ kg (lorsque la posologie est fondée sur le poids) Date de détermination (MM-AAAA) : _____

4. Durée prévue du traitement avec ce médicament : _____

Date de début (JJ-MM-AAAA) _____ Date d'arrêt (JJ-MM-AAAA) : _____

5. Où le traitement sera-t-il administré? À la maison Au bureau du médecin Dans une clinique privée

À l'hôpital (hospitalisation) À l'hôpital (consultation externe)

6. Diagnostic et indication thérapeutique : _____

7. Objectif thérapeutique visé : _____

8. Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de l'affection : _____

9. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle en lien avec le diagnostic visé :

Types d'activités	Degré de limitation*
Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'un objet, etc.)	
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage, etc.)	
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport, etc.)	
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat, etc.)	

(*) Légende :
 0 = aucune limitation
 1 = limitation légère
 2 = limitation modérée
 3 = limitation grave
 4 = limitation extrême

10. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de son problème de santé ou ses complications entraînent des répercussions sur son état en termes de morbidité ou de mortalité? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

11. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant du problème de santé à traiter, veuillez les décrire et en préciser leur gravité :

12. Si une échelle d'évaluation de la gravité du problème de santé à traiter existe ou des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (p. ex. échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

Renseignements fournis par le médecin - suite (en caractères d'imprimerie)

13. Une investigation a-t-elle été effectuée par un spécialiste? Précisez :

Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, y compris les rapports d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (p. ex. imagerie, score T, résultats de tests de laboratoire).

14. Précisez les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter ce problème de santé, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

15. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus comme étant efficaces pour le traitement de ce problème de santé ne peuvent être prescrits à cause des circonstances particulières entourant le présent cas? Précisez :

16. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a débuté, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

17. Veuillez fournir toute autre information clinique pertinente.

18. Pour la prolongation d'une autorisation ayant déjà été accordée par la RAMQ, précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement :

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Numéro d'immatriculation : _____

Veuillez vous reporter au document Liste des médicaments de la RAMQ lorsque vous fournissez des renseignements détaillés. 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.

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**