

PROCESSUS DE DEMANDE D'EXEMPTION

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Les formulaires remplis peuvent être envoyés par télécopieur en toute confidentialité au 1-514-286-8480 par les résidents du Québec et au 1-844-661-2640 par les résidents des autres provinces.

À sa réception, le présent formulaire de demande sera examiné de manière confidentielle conformément aux critères de paiement établis par Croix Bleue Medavie de concert avec des consultants en soins de santé indépendants. Dans certains cas, des renseignements cliniques ou diagnostiques supplémentaires pourraient devoir être fournis afin de traiter votre demande.

Pour les résidents du Québec, les critères d'autorisation préalable sont adaptés pour satisfaire aux exigences de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

- L'autorisation préalable est un processus de préapprobation qui vise à déterminer si certains produits sont remboursés en vertu du régime d'assurance d'un adhérent.
- Veuillez remplir le formulaire en entier. Les formulaires incomplets ne seront pas traités.
- Pour certains médicaments, l'autorisation du remboursement peut être conditionnelle à la confirmation de l'inscription au programme de soutien pour les patients.
- L'autorisation préalable peut être limitée à une période ou à une quantité de médicaments définies.

Certains régimes de Croix Bleue Medavie pourraient exiger que vos médicaments nécessitant une autorisation préalable soient achetés dans une pharmacie partenaire*. Si votre demande d'autorisation préalable est acceptée, un gestionnaire de cas pourrait communiquer avec vous, votre médecin ou votre programme de soutien pour les patients afin de fournir des renseignements au sujet du programme et pour faire transférer votre ordonnance à une pharmacie partenaire.

**Ne s'applique pas au Québec.*

- Le rejet d'une demande d'autorisation préalable signifie uniquement que Croix Bleue refuse de rembourser un produit, et non qu'elle remet en question l'opinion médicale du médecin ou émet une opinion médicale.
- L'adhérent est responsable des frais engagés pour faire remplir ce formulaire ou pour obtenir des renseignements médicaux supplémentaires.
- Le renouvellement de l'autorisation préalable sera évalué par Croix Bleue Medavie à la demande du patient/de l'adhérent.
- La demande de renouvellement doit inclure de l'information de la part du médecin justifiant la poursuite de l'utilisation du médicament.
- La couverture de l'autorisation préalable est conditionnelle au maintien du statut d'adhérent ou de bénéficiaire de Croix Bleue Medavie.
- S'il s'agit d'une demande en vertu de la *Mesure du patient d'exception* pour un résident du Québec, veuillez également joindre le formulaire de *Patient d'exception* dûment rempli que vous pouvez trouver ici : www.medaviebc.ca/fr/resources, en plus du présent formulaire.

Résidents des autres provinces

PO BOX 220, MONCTON (NB) 31C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec

C.P. 3300, SUCCURSALE B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8480

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME OU LA PHARMACIE

Cette section doit être remplie par le professionnel qui coordonne la demande au nom de l'adhérent (programme de soutien pour le patient, intervenant pivot en oncologie ou pharmacie)

Préférence pour la communication de la décision : Numéro de télécopieur : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom du programme/de la pharmacie : _____

Nom de la personne-ressource : _____ Courriel de la personne-ressource : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Partie A

Nom du patient : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Courriel du patient (ou du tuteur légal si le patient est mineur): _____

Adresse : _____ Appartement : _____ Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de police : _____ Numéro de certificat/ID : _____

Déterminez-vous une couverture d'assurance maladie provinciale valide dans votre province de résidence? Oui Non

Avez-vous déjà acheté ce médicament sur ordonnance? Oui Non

Veuillez joindre votre reçu de paiement intégral au présent formulaire. Si vous avez déjà soumis des reçus à Croix Bleue Medavie, veuillez indiquer la date du reçu le moins récent (JJ/MM/AAAA) : _____

Partie B – Coordination des prestations

Est-ce que vous ou une personne à charge bénéficiez d'une couverture pour ce médicament en vertu d'un autre régime ou programme?

Oui Non - Si oui, indiquez les renseignements suivants : Numéro de police : _____ Assureur : _____

Si le patient est une personne à charge, indiquez le jour et le mois de naissance du titulaire de la police chez l'autre assureur :

Date (JJ/MM) : _____

Régime public – Avez-vous présenté une demande de couverture dans le cadre d'un régime public? Oui Non

Si la réponse est non, veuillez indiquer pourquoi : _____

Partie C – Autorisation

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie au www.cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je détiens, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Là où la loi le permet, mes renseignements personnels pourraient être transmis aux employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province différente de celle où les données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que pendant la période pour laquelle il est requis aux fins décrites dans le présent formulaire, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge, le cas échéant. La présente déclaration de consentement se conforme aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à www.cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature du patient : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Résidents des autres provinces

PO BOX 220, MONCTON (NB) 31C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec

C.P. 3300, SUCCURSALE B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8480

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT

Nom du patient : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Numéro de police : _____ Numéro de certificat/ID : _____

3A Renseignements obligatoires sur le médicament

NOM COMMERCIAL	CONCENTRATION	DIN
RAISON DE LA DEMANDE	<input type="checkbox"/> Index thérapeutique étroit <input type="checkbox"/> Allergie à un ingrédient non actif	<input type="checkbox"/> Prévention de l'échec d'une greffe <input type="checkbox"/> Intolérance grave à un ingrédient non actif

3B Renseignements requis en cas d'allergie ou d'intolérance à un ingrédient non actif

Veuillez énumérer tous les médicaments génériques qui ont déjà été essayés.

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE ESSAYÉ	DIN	POSOLOGIE	PÉRIODE DE TRAITEMENT

Nom de l'ingrédient non actif causant l'allergie ou l'intolérance : _____

Gravité et nature de l'intolérance et conséquences pour le patient : _____

Existe-t-il un médicament générique qui ne contient pas l'ingrédient non actif causant l'allergie ou l'intolérance? Oui Non

Existe-t-il un médicament générique offert au Canada de composition identique à celle du médicament de marque? Oui Non

DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

J'atteste que les renseignements fournis sur toutes les pages de cette demande sont véridiques, exacts et complets.

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Numéro de permis : _____

Spécialité : _____

Clinique : _____

Adresse : _____ Bureau : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Adresse courriel : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlements relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification.

Résidents des autres provinces

PO BOX 220, MONCTON (NB) 31C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec

C.P. 3300, SUCCURSALE B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8480