



DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
TRISENOX (ARSENIC TRIOXIDE)

Veillez lire les directives au verso du formulaire et remplir le présent formulaire au complet. S'il manque des renseignements, il sera retourné à l'adhérent.

A - IDENTIFICATION DU PATIENT À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT.

Nom et prénom du patient		Lien de parenté avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge		Date de naissance du patient AAAA MM JJ	
Nom et prénom de l'adhérent			N° de contrat		N° de certificat
N°, rue, appartement		Ville		Province	
				Code postal	
N°s de téléphone : Résidence : () -		Travail : () -		Poste :	
Puisque la réponse à votre demande comporte des renseignements confidentiels, veuillez indiquer par quel moyen vous désirez être avisé de la décision :					
<input type="checkbox"/> Par télécopieur : () - <input type="checkbox"/> Par courrier (la réponse à votre demande sera expédiée à l'adresse indiquée dans cette section)					
RÉGIME PROVINCIAL		Est-ce qu'une demande de remboursement a été soumise auprès de votre régime provincial?		PROGRAMME DE SUPPORT AUX PATIENTS	
<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez fournir une copie de l'acceptation de la demande ou du refus <input type="checkbox"/> Copie jointe à ce formulaire.		<input type="checkbox"/> Non - Veuillez expliquer les raisons : _____		Est-ce que le patient est inscrit à un programme de support aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				Si Oui - Nom du programme : _____	
				Nom de la personne contact : _____	
				N° de téléphone : () - Poste :	

B - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ Date _____

Nom et prénom du parent ou du tuteur légal (si nécessaire) _____

Signature du patient, du parent ou du tuteur légal (si nécessaire) : _____ Date :

C - SECTION DU MÉDECIN TRAITANT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT.

Nom et prénom du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)		N° de permis		Spécialité	
N°, rue, bureau		Ville		Province	
				Code postal	
N° de téléphone : () -		N° de télécopieur : () -			
Signature du médecin :				Date :	
Nom du médicament		Forme	Teneur	Posologie	Poids du patient
					Durée prévue du traitement
Le patient reçoit ou recevra le traitement en milieu hospitalier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Diagnostic					
<input type="checkbox"/> Leucémie aigüe promyélocytaire (LAP)					
<input type="checkbox"/> Autre(s) indication(s) thérapeutique(s) - Veuillez préciser :					
Renseignements relatifs à la leucémie aigüe promyélocytaire					
- La maladie est-elle réfractaire au traitement à base d'un rétinoïde et d'une anthracycline? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
- La LAP est-elle caractérisée par la présence de la translocation t(15;17) ou l'expression du gène PML-RARa? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

C - SECTION DU MÉDECIN TRAITANT (SUITE)

Médicaments ou traitements antérieurs

Est-ce que le patient a déjà utilisé des médicaments ou reçu des traitements pour cette pathologie? Oui Non

Si non, veuillez expliquer : _____

Si oui, veuillez énumérer les médicaments ou les traitements déjà utilisés pour cette pathologie :

Nom du médicament ou du traitement	Posologie	Période du traitement	Réaction au traitement

Renouvellement de prescription

Veuillez fournir une preuve objective de l'efficacité du médicament : _____

Le médicament sera admissible à un remboursement seulement s'il rencontre les critères de l'assureur, s'il n'est pas administré en milieu hospitalier et s'il n'est pas admissible en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments ou d'un programme gouvernemental.

Si vous êtes inscrit à un régime d'assurance médicaments provincial, veuillez d'abord lui soumettre votre demande puisqu'il est possible qu'il couvre ce médicament. S'il refuse votre demande, vous pourrez nous transmettre une copie de son avis de refus et du formulaire rempli par votre médecin aux fins de l'analyse de votre dossier.

DIRECTIVES ET COORDONNÉES DE RETOUR

- Remplissez les sections A et B.
- Demandez à votre médecin de remplir la section C. Tous les frais requis pour faire remplir ce formulaire ou pour obtenir des renseignements médicaux additionnels sont à la charge de l'adhérent.
- Pour obtenir un remboursement **suite à l'approbation du médicament**, veuillez utiliser votre carte de paiement Express Scripts Canada en pharmacie ou soumettre vos reçus originaux par la poste. Les médicaments admissibles doivent être fournis par un pharmacien ou par un médecin s'il n'y a pas de pharmacien.
- Envoyez le formulaire :
 - par télécopieur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, Assurance collective, Règlements d'assurance maladie, au 418 838-2134 ou au 1 877 838-2134 (sans frais).
 - par courrier : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, Assurance collective, Règlements d'assurance maladie C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

En vertu de son programme d'autorisation préalable, DSF approuve le paiement de certaines réclamations qui répondent à des critères établis en collaboration avec des conseillers en soins de santé. Si l'information figurant sur votre formulaire est complète, le temps de traitement habituel est de 5 jours ouvrables. À sa réception, la présente demande sera examinée confidentiellement. Dans certains cas, des renseignements d'ordre diagnostique ou clinique additionnels peuvent être requis.

Si le traitement se poursuit au-delà de la période autorisée, vous serez appelé à présenter une nouvelle demande et à fournir des renseignements justifiant la prolongation du traitement. Pour les détenteurs de carte de paiement Express Scripts Canada, votre pharmacien sera avisé de l'expiration prochaine de la période d'autorisation.

L'assurance doit être en vigueur et le patient toujours couvert à la date à laquelle les frais ont été engagés. Cette autorisation préalable est sujette à changement si le contrat est modifié au moment où les frais sont engagés.

Lorsque DSF refuse une autorisation préalable, elle refuse le paiement d'un produit, mais ne remet pas en question l'avis du médecin.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle.