Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

Information et autorisation relatives au programme d'accompagnement patient pour les médicaments de spécialité

Vous devez remplir cette page seulement si vous résidez à l'extérieur du Québec.

INFORMATION

Le médicament faisant l'objet de votre demande fait partie de notre programme d'accompagnement patient. Conçu pour vous aider à mieux gérer votre condition médicale, ce programme vous offre de nombreux avantages dont le soutien professionnel d'une équipe de pharmaciens. Pour en savoir davantage, consultez le dépliant *Les médicaments exigeant une autorisation préalable et le programme d'accompagnement patient* disponible au www.desjardinsassurancevie.com/MAP.

Si votre contrat le prévoit, il est possible que vous deviez obligatoirement participer à ce programme.

Le professionnel de la santé du fournisseur mandaté par Desjardins Assurances communiquera avec vous pour vous informer du statut de votre demande de remboursement, vous présenter le fonctionnement du programme et vous guider vers la pharmacie privilégiée. Il est possible également que le professionnel de la santé communique avec votre médecin traitant afin d'obtenir des informations manquantes. Les informations obtenues en vertu de la présente demande d'autorisation préalable seront transmises à ce tiers et utilisées dans le traitement de votre demande. C'est pourquoi votre signature est requise.

IMPORTANT

Dans le cadre du programme d'accompagnement patient, vous n'obtiendrez le remboursement de votre médicament de spécialité que si vous vous le procurez par le biais du réseau de pharmacies privilégiées.

AUTORISATION À LA COMMUNICATION À UN TIERS

Aux strictes fins du programme d'accompagnement patient, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer au tiers chargé de l'application de ce programme les renseignements personnels détenus à mon sujet, particulièrement mes renseignements de nature médicale qui sont nécessaires à l'application du programme. Je comprends que ce tiers pourra échanger de l'information avec mon ou mes médecins, pharmaciens et autres professionnels de la santé dans le cadre de l'application de ce programme.

Le présent consentement vaut également pour la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par cette demande.

Nom de famille et prénom de l'adhérent (EN LETTRES MAJUSCULES) N° de contrat N° de certificat

Adresse électronique de l'adhérent

Signature de l'adhérent Date

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

Signature du parent ou du tuteur légal (si nécessaire) Date

La présente autorisation fait partie intégrante du formulaire « Demande d'autorisation préalable » ci-joint.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6
desjardinsassurancevie.com/adherent
1 844 410-6485

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

COSENTYX (SECUKINUMAB)
OTEZLA (APREMILAST)
SILIQ (BRODALUMAB)
SKYRIZI (RISANKIZUMAB)
SOTYKTU (DEUCRAVACITINIB)
TALTZ (IXEKIZUMAB)
TREMFYA (GUSELKUMAB)

VEUILLEZ LIRE LES DIRECTIVES QUI SE TROUVENT SUR LA DERNIÈRE PAGE.

A IDENTIFICATION DU PATIENT – À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom du patient

Lien de parenté avec l'adhérent
☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ 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

Nos de téléphone – Résidence : Travail : Poste : Courriel :

Puisque la réponse à votre demande comporte des renseignements confidentiels, veuillez indiquer par quel moyen vous désirez être avisé de la décision :

☐ Par courrier (la réponse à votre demande sera expédiée à l'adresse indiquée dans cette section) ☐ Par télécopieur :

Coordination entre assureurs : Si le patient détient son propre régime d'assurance privé ou s'il est inscrit à un régime d'assurance médicaments provincial, la demande doit d'abord y être acheminée. Vous pourrez par la suite nous transmettre une copie de l'avis de décision ainsi que le présent formulaire rempli par le médecin aux fins d'analyse de la demande.

RÉGIME PRIVÉ

Est-ce que le patient est couvert pour les médicaments par un autre régime d'assurance privé?

☐ **Oui** – Veuillez fournir une copie de l'acceptation de la demande ou du refus. → ☐ **Copie jointe à ce formulaire.**

Précisez : Nom de l'assureur : _____ N° de contrat : _____ N° de certificat : _____

☐ **Non**

RÉGIME PROVINCIAL

Est-ce qu'une demande de remboursement a été soumise auprès de votre régime provincial?

☐ **Oui** – Veuillez fournir une copie de l'acceptation de la demande ou du refus. → ☐ **Copie jointe à ce formulaire.**

☐ **Non** – Veuillez expliquer les raisons :

PROGRAMME DE SUPPORT AUX PATIENTS

Est-ce que le patient est inscrit à un programme de support aux patients? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui** – Nom du programme : _____

Nom de la personne-ressource : N° de téléphone : Poste :

B1 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, ci-après nommée Desjardins Assurances : 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 (s'il y a lieu) : _____

Signature du patient, du parent ou du tuteur légal (s'il y a lieu) : **Date :**

B2 CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À UN TIERS

Dans le but d'optimiser le traitement de la demande, autorisez-vous Desjardins Assurances à divulguer au programme de support aux patients et au médecin traitant ou à son équipe médicale les raisons de la décision relative à la demande d'autorisation préalable?

☐ Oui ☐ Non

Signature de l'adhérent : _____ **Date :** _____

Nom et prénom du parent ou du tuteur légal (s'il y a lieu) : _____

Signature du patient, du parent ou du tuteur légal (s'il y a lieu) : **Date :**

SUITE AU VERSO.

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

Lieu de l'administration du médicament : ☐ Maison ☐ Cabinet du médecin ☐ Clinique privée ☐ Hôpital – patient hospitalisé ☐ Hôpital – consultation externe ☐ Autre, précisez :

- **Assurez-vous de remplir toutes les sections afin d'accélérer le traitement de la demande. S'il manque des renseignements, le formulaire sera retourné à l'adhérent.**
- **Pour qu'un diagnostic autre que ceux indiqués dans la liste soit considéré, la demande devra être appuyée par une documentation adéquate (lignes directrices de pratique clinique, études cliniques, etc.) justifiant l'usage du médicament dans le contexte visé.**

Diagnostic

☐ Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde ☐ Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde ☐ Colite ulcéreuse
☐ Maladie de Crohn ☐ Psoriasis ☐ Spondylarthrite ankylosante
☐ Autre(s) indication(s) thérapeutique(s) – Veuillez préciser :

Renseignements relatifs à l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Veuillez fournir au moins un des renseignements suivants :

Présence d'un facteur rhumatoïde positif : ☐ Oui ☐ Non

Présence d'érosions au niveau radiologique : ☐ Oui ☐ Non

Résultat au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____

Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/L

Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h

Renseignements relatifs à l'arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Résultat au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____

Renseignements relatifs à la colite ulcéreuse

Score Mayo : _____

Sous-score endoscopique (du score Mayo) : _____

Sous-score de rectorragie (du score Mayo) : _____

Renseignements relatifs à la maladie de Crohn

Score selon l'Indice Harvey Bradshaw (HBI) : _____

Renseignements relatifs au psoriasis

Présence de plaques importantes : ☐ Visage ☐ Mains ☐ Pieds ☐ Région génitale

Surface corporelle atteinte : _____ %

Résultat au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI) : _____

Résultat sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) : _____

La photothérapie est-elle : ☐ Contre-indiquée ☐ Inaccessible

Le traitement sera-t-il administré en concomitance avec un traitement systémique standard ou biologique? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements relatifs à spondylarthrite ankylosante

Résultat du test de BASDAI : _____

Résultat du test de BASFI : _____

IMPRIMER RÉINITIALISER

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 ce problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Si non, veuillez expliquer : _____

Si oui, veuillez énumérer les médicaments ou les traitements déjà utilisés pour ce problème de santé :

NOM DU MÉDICAMENT OU DU TRAITEMENT	PRÉCISIONS SUR LE RÉSULTAT	PÉRIODE DU TRAITEMENT
Nom :	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication	Du : AAAA MM JJ
Posologie :	Précisez :	Au : AAAA MM JJ
Nom :	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication	Du : AAAA MM JJ
Posologie :	Précisez :	Au : AAAA MM JJ
Nom :	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication	Du : AAAA MM JJ
Posologie :	Précisez :	Au : AAAA MM JJ
Nom :	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication	Du : AAAA MM JJ
Posologie :	Précisez :	Au : AAAA MM JJ

RENOUVELLEMENT DE PRESCRIPTION

Veuillez fournir des données objectives démontrant une réponse clinique ou biologique satisfaisante : _____

D DIRECTIVES ET COORDONNÉES DE RETOUR

1. Remplissez les sections A et B.
2. 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.
3. Pour obtenir un remboursement à la suite de l'approbation du médicament, veuillez utiliser votre carte de paiement 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.
4. Envoyez le formulaire :

   par télécopieur : Desjardins Assurances
   Assurance collective, Règlements d'assurance maladie,
   au 418 838-2134 ou au 1 877 838-2134 (sans frais)

   par courrier : Desjardins Assurances
   Assurance collective, Règlements d'assurance maladie
   C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

En vertu de son programme d'autorisation préalable, Desjardins Assurances autorise le remboursement de certains médicaments qui répondent à des critères établis en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Le médicament sera admissible à un remboursement s'il répond aux critères de l'assureur, s'il n'est pas administré en milieu hospitalier et s'il n'est pas admissible en vertu d'un programme gouvernemental. Si l'information figurant sur votre formulaire est complète, le temps de traitement habituel est de cinq 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 d'une carte de paiement, 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 sous réserve de modifications si le contrat est modifié au moment où les frais sont engagés.

Lorsque Desjardins Assurances refuse une autorisation, elle le fait en respect des conditions prévues au contrat, 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 au numéro indiqué sur la première page du présent formulaire.