Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

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

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

Zeposia (ozanimod)

VEUILLEZ LIRE LES DIRECTIVES À LA DERNIÈRE PAGE.

IMPRIMER RÉINITIALISER

Section A. Identification du patient – À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom du patient	Lien 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

N^os de téléphone – Résidence	Travail	N° de 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 dûment rempli.

Régime privé – Le patient est-il couvert par un autre régime privé d'assurance médicaments?

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

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

Régime provincial – Une demande de remboursement a-t-elle été soumise à 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 soutien aux patients – Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients?

☐ **Oui** – Nom du programme _____

Nom de la personne-ressource _____ N° de téléphone _____ N° de poste _____

☐ **Non**

Section B1. Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels à la fin de ce formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du traitement de la présente demande, 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 la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé ou des 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 détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. 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** _____

Section B2. Consentements facultatifs à la communication de renseignements personnels à un tiers

1. Consentement pour la communication de la décision relative à la demande d'autorisation préalable

Afin d'optimiser le traitement de la demande, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer les raisons de la décision aux professionnels de la santé impliqués dans le dossier et, si applicable, au programme de soutien aux patients du fabricant du médicament.

☐ Oui

☐ Non

2. Consentement pour le Programme d'accompagnement patient de Desjardins Assurances

LE PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT NE S'APPLIQUE PAS AU QUÉBEC.

Conçu pour faciliter la gestion de votre condition médicale, ce programme offre de nombreux avantages, dont le soutien d'une équipe de pharmaciens.
Pour tous les détails, consultez le guide *Les médicaments exigeant une autorisation préalable* disponible au www.desjardins.com/MAP.

Aux strictes fins du programme, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer au fournisseur mandaté les renseignements personnels détenus à mon sujet et qui sont nécessaires à l'application du programme, y compris mes renseignements médicaux. Je comprends que le fournisseur pourra échanger de l'information avec les professionnels de la santé impliqués dans mon dossier.

☐ Oui

☐ Non

Ces consentements peuvent être retirés en tout temps en contactant le programme ou Desjardins Assurances. Je comprends que ces consentements sont facultatifs et qu'ils n'ont aucune conséquence sur le traitement de ma demande par Desjardins Assurances. Ces consentements s'appliquent également pour la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par la demande.

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** _____

Section 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 d'administration du médicament

☐ Maison ☐ Cabinet du médecin ☐ Clinique privée ☐ Hôpital – patient hospitalisé ☐ Hôpital – consultation externe

☐ Autre, précisez _____

- Assurez-vous de remplir toutes les sections pour éviter un retard dans le traitement de la demande, sinon le formulaire sera retourné à l'adhérent.
- Pour considérer un diagnostic autre que ceux dans la liste ci-dessous, veuillez joindre à la demande une documentation adéquate (lignes directrices de pratique clinique, études cliniques, etc.) justifiant l'usage du médicament.

Diagnostic

☐ Colite ulcéreuse

☐ Sclérose en plaques récurrente-rémittente

☐ Autres indications thérapeutiques – Veuillez préciser _____

Section C. Section du médecin traitant – Suite

Renseignements relatifs à la colite ulcéreuse

Combien de poussées cliniques le patient a-t-il subi? _____

Date de la dernière poussée _____

Résultat EDSS _____

Renseignements relatifs à la sclérose en plaques récurrente-rémittente

Score Mayo _____

Sous-score endoscopique du score Mayo _____

Sous-score de rectorragie du score Mayo _____

Médicaments ou traitement 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 utilisés :

NOM DU MÉDICAMENT OU DU TRAITEMENT	PRÉCISIONS SUR LE RÉSULTAT	PÉRIODE DE 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 _____

Section 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, 418 838-2134 ou 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 sont 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 relation avec la clientèle au numéro indiqué sur la première page du présent formulaire.

Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaitre comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.