

**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](http://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.**



**VEUILLEZ LIRE LES DIRECTIVES AU VERSO DU FORMULAIRE.****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° 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 aux dites 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 :** \_\_\_\_\_**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 : \_\_\_\_\_

