

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 <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 : | |
| 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 : _____

- 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

Hypophosphatémie liée au chromosome X Ostéomalacie hypophosphatémique liée à une tumeur

Autre(s) indication(s) thérapeutique(s) – Veuillez préciser : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'HYPOPHOSPHATÉMIE LIÉE AU CHROMOSOME X

Le patient ou un membre de sa famille immédiate exprime-t-il une mutation du gène PHEX : Oui Non

Veuillez indiquer le dosage plasmatique du facteur de croissance FGF23 : _____

Veuillez indiquer l'activité sur l'échelle Thacher Rickets Severity : _____

Le patient a-t-il des plaques de croissance non fusionnées? Oui Non

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'OSTÉOMALACIE HYPOPHOSPHATÉMIQUE LIÉE À UNE TUMEUR

Le patient ou un membre de sa famille immédiate exprime-t-il une mutation du gène PHEX : Oui Non

Veuillez indiquer le dosage plasmatique du facteur de croissance FGF23 : _____

Veuillez indiquer la concentration sérique de phosphate : _____

Veuillez indiquer la concentration sérique de calcitriol : _____

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 : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | Du : AAAA MM JJ |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | Au : AAAA MM JJ |
| Nom : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | Du : AAAA MM JJ |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | Au : AAAA MM JJ |
| Nom : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | Du : AAAA MM JJ |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | Au : AAAA MM JJ |
| Nom : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | Du : AAAA MM JJ |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | Au : AAAA MM JJ |

RENOUVELLEMENT DE PRESCRIPTION

HYPOPHOSPHATÉMIE LIÉE AU CHROMOSOME X

Quelle est le nombre de point d'amélioration sur Radiographic Global Impression of Change (RGI-C) par rapport aux radiographies précédant le début du traitement? : _____

OSTÉOMALACIE HYPOPHOSPHATÉMIQUE LIÉE À UNE TUMEUR

Veuillez indiquer la concentration sérique de phosphate avant traitement : _____ après traitement : _____

Veuillez indiquer la concentration sérique de calcitriol avant traitement : _____ après traitement : _____

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.