

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

ABSTRAL (fentanyl)

Veuillez envoyer le présent formulaire à : Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Règlements, Maladie complémentaire, 1920 College Avenue, Regina SK S4P 1C4 ou par télécopieur au 306-761-7101

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____ Prénom Initiale Nom de famille Homme Femme

Téléphone _____

Pour recevoir les résultats de votre demande d'autorisation préalable par courrier électronique, inscrivez votre adresse courriel _____

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

Patient _____ Prénom Initiale Nom de famille Homme Femme

Adresse _____ N° et rue Ville Province Code postal

Date de naissance _____ Lien avec le participant _____
JJ/MMM/AAAA

SECTION 2 – COORDINATION DES PRESTATIONS

Pour vous assurer de recevoir les prestations auxquelles vous pourriez être admissible, veuillez répondre aux questions qui suivent. Toute réponse incomplète retardera le traitement de votre demande.

Avez-vous demandé une assurance ou avez-vous reçu une assistance financière ou tout autre type de soutien en lien avec ce médicament :

a. Au titre d'un régime d'assurance collective ou individuelle? Oui Non

Si « Oui », nom du membre de la famille assuré _____
Prénom Initiale Nom de famille

Lien _____ Nom de la compagnie d'assurance _____

Numéro de régime _____ Numéro de participant _____

Veuillez joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande et fournir des précisions quant à cette protection, dont le pourcentage de participation aux frais (coassurance) et les maximums applicables.

b. Au titre d'un régime provincial? Oui Non

Si « Oui », nom du programme provincial _____

Si « Non », veuillez expliquer pourquoi aucune demande d'adhésion n'a été présentée _____

Veuillez préciser et joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande.

c. Au titre d'un programme d'aide destiné aux patients ou de toute autre source? Oui Non

Si « Oui », nom du programme ou de l'autre source _____

Numéro de participant au programme d'aide destiné aux patients _____

Nom de la personne-ressource du programme et son numéro de téléphone _____

Personne-ressource _____ Numéro de téléphone _____

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

Médecin _____ Prénom Initiale Nom de famille Spécialité _____

Adresse _____ N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Médicament demandé visé par la demande _____ DIN _____ Teneur _____

Durée de traitement prévue _____ Coût mensuel prévu _____ \$

Diagnostic et stade de la maladie _____

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

Le patient a-t-il 18 ans ou plus? Oui Non

Le patient souffre-t-il d'accès douloureux paroxystiques liés au cancer? Oui Non

Le patient est-il déjà traité au moyen d'un des médicaments opioïdes suivants contre la douleur continue causée par le cancer?

Au moins 60 mg de morphine/jour par voie orale Oui Non

Au moins 25 mcg de fentanyl/heure par voie transdermique Oui Non

Au moins 30 mg d'oxycodone par voie orale Oui Non

Au moins 8 mg d'hydromorphone/jour par voie orale Oui Non

Une dose équianalgésique d'opioïde pour une semaine ou plus Oui Non

Renouvellement d'ordonnance Oui Non

Si oui, veuillez fournir une preuve objective de l'efficacité du médicament _____

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Signature du médecin _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

SECTION 4 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie (a) à utiliser les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire et tout autre renseignement personnel en sa possession sur le patient susmentionné dans le but d'étudier la présente demande d'autorisation préalable ou toute demande de règlement connexe et d'administrer le régime d'assurance collective au titre duquel toute telle demande peut être déposée, et (b) à communiquer avec les personnes suivantes pour obtenir ou leur divulguer lesdits renseignements personnels : tout médecin, pharmacien ou tout autre professionnel de la santé ou conseiller en gestion de la santé disposant de renseignements sur la santé dudit patient qui pourraient servir à la présente demande ou à toute demande de règlement connexe.

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Nom du patient ou du tuteur légal _____ Téléphone _____

Signature du patient ou du tuteur légal _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA