

# ASSURANCE COLLECTIVE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Veillez 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 (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom Initialle Nom de famille

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 \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom Initialle Nom de famille

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le participant \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## SECTION 2 – COORDINATION DES PRESTATIONS (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

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.

Prenez-vous ce médicament ou l'avez-vous déjà pris? .....  Oui  Non

Si « Oui », date de début \_\_\_\_\_ Protection offerte par \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité (de courte ou de longue durée) en raison de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit?  Oui  Non

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 Initialle Nom de famille

Lien \_\_\_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Numéro de régime \_\_\_\_\_ Numéro de participant \_\_\_\_\_

**Veillez 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 n'a été présentée \_\_\_\_\_

**Veillez 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 de l'aide destinée aux patients \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## SECTION 3 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

### 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 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



## SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Veillez fournir ou joindre tous les renseignements cliniques démontrant la nécessité médicale du traitement pharmacologique demandé, y compris tout résultat de test de laboratoire qui pourrait justifier le choix de ce traitement :

### CRITÈRES DE RENOUVELLEMENT DE LA PROTECTION

Date de début du médicament actuel \_\_\_\_\_ Poids actuel du patient \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA

Score DAS28 \_\_\_\_\_ ou Indicateur d'activité du patient selon le PAS/PAS-II \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Résultat du questionnaire de l'évaluation de l'état de santé (HAQ) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Évaluation sur 68 articulations : Nombre d'articulations enflées \_\_\_\_\_ Nombre d'articulations douloureuses \_\_\_\_\_

Présence de l'un des éléments suivants :  Maladie extra-articulaire (p. ex. présence de nodules rhumatoïdes, vascularite rhumatoïde, syndrome de Felty)  
 Facteur rhumatoïde positif ou anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP)  
 Érosions corporelles attestées par radiogramme

Traitement concomitant avec antirhumatismaux modificateurs de la maladie OU <input type="checkbox"/> Cocher ici si aucun	Médicaments	Dose	Voie (ex. orale, sous-cutanée, intraveineuse)	Fréquence

Veillez fournir tout autre commentaire pertinent quant à l'état de santé actuel du patient :

**J'atteste que les renseignements fournis sont vrais, complets et exacts.**

**À noter que nous pourrions avoir besoin de renseignements supplémentaires pour déterminer l'admissibilité du patient.**

Signature du médecin prescripteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA