co-operators
Une place de choix

ASSURANCE COLLECTIVE
DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
CANCER

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 (À REMPLIR PAR 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 _____ (Nº et rue) _____ (Ville) _____ (Province) _____ (Code postal)

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

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 _____ (JJ/MMM/AAAA) Protection offerte par _____

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) _____ (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 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 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 (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin _____ _____ _____ Spécialité _____
Prénom Initiale Nom de famille

Adresse _____ _____ _____ _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____ Numéro de permis _____

MÉDICAMENT DEMANDÉ

Nom du médicament _____

Directives (c.-à-d. renseignements sur l'ordonnance) _____

Nom de l'établissement où le traitement sera administré (p. ex. domicile, bureau du médecin, clinique spécialisée, hôpital) _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic et stade de la maladie _____

Date du diagnostic initial _____ Durée prévue du traitement _____ Poids actuel du patient _____
MMM/AAAA

Le patient a-t-il des allergies médicamenteuses pertinentes? ☐ Oui ☐ Non

Si « Oui », veuillez indiquer la nature des allergies _____

Médicaments ou traitement contre le cancer utilisés en parallèle avec le médicament contre le cancer demandé, selon le cas _____

_____

Veuillez fournir toute information supplémentaire qui justifie l'utilisation du médicament demandé pour ce patient _____

_____

TRAITEMENTS ACTUELS ET PASSÉS PERTINENTS

Médicament ou nom du traitement	**Dose**	**Date de début** (MMM/AAAA)	**Date de fin** (MMM/AAAA)	**Résultats** (précisez toute intolérance, échec thérapeutique ou contre-indication)

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Veuillez 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 :

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

Signature du médecin prescripteur _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA