

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

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 _____

Patient _____ Homme Femme
Prénom _____ Initiale _____ 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 _____ Initiale _____ 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 _____ 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 (approbation d'une durée maximale d'un an)

Adalimumab : Humira 40 mg/0,8 ml Golimumab : Simponi, seringue de 50 mg/0,5 ml
 Simponi, auto-injecteur de 50 mg/0,5 ml
Certolizumab Pegol : Cimzia 200 mg/ml Simponi, seringue de 100 mg/1 ml
 Simponi, auto-injecteur de 100 mg/1 ml
Étanercept : Brenzys 50 mg/ml Simponi IV
 Enbrel 25 mg/trousse
 Enbrel 50 mg/ml
Infliximab : Inflectra, fiole de 100 mg
 Remicade, fiole de 100 mg
Secukinumab : Cosentyx 150 mg
Autre : _____

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 _____ Date du diagnostic initial _____

MMM/AAAA

Durée estimée du traitement (le maximum admissible est d'un an avant que le renouvellement soit requis) _____ Poids actuel du patient _____

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

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

Score BASDAI _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Score ÉVA de 10 cm pour le dos – 2 évaluations à 12 semaines d'intervalle : Score _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Score _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Veuillez joindre des radiographies qui attestent la présence d'une maladie grave évolutive

TRAITEMENTS ACTUELS ET ANTÉRIEURS PERTINENTS

(y compris TOUT usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'analgésiques, d'antirhumatismeux modificateurs de la maladie et de médicaments biologiques)

Nom du médicament	Posologie	Date de début (MMM/AAAA)	Date de fin (MMM/AAAA)	Réponse du patient

S'il est nécessaire de passer à un traitement biologique différent, veuillez expliquer pourquoi _____

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 RENOUELEMENT DE LA PROTECTION

Date de début du médicament actuel _____ Poids actuel du patient _____
MMM/AAAA

Score BASDAI avant le traitement _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Score BASDAI actuel _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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

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