

ASSURANCE COLLECTIVE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE SCLÉROSE EN PLAQUES

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 Initial 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 Initial 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 Initial 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 _____

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 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

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)

- | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|---|
| Alemtuzumab : | <input type="checkbox"/> Fiole de Lemtrada à 12 mg/1,2 ml | Interféron bêta-1b : | <input type="checkbox"/> Flacon de Betaseron à 0,3 mg |
| Cladribine : | <input type="checkbox"/> Comprimé de Mavenclad à 10 mg | | <input type="checkbox"/> Flacon d'Extavia à 0,3 mg |
| Fumarate de diméthyle : | <input type="checkbox"/> Capsule de Tecfidera à 120 mg | Natalizumab : | <input type="checkbox"/> Tysabri à 300 mg/15 ml |
| | <input type="checkbox"/> Capsule de Tecfidera à 240 mg | Ocrélizumab : | <input type="checkbox"/> Fiole d'Ocrevus à 300 mg/10 ml |
| Fingolimod : | <input type="checkbox"/> Capsule de Gilenya à 0,5 mg | Peginterferon Beta-1a : | <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Plegridy à 63-94 mcg/0,5 ml |
| Acétate de glatiramère : | <input type="checkbox"/> Seringue de Copaxone à 20 mg/ml | | <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Plegridy à 125 mcg/0,5 ml |
| | <input type="checkbox"/> Seringue de Copaxone à 40 mg/ml | | <input type="checkbox"/> Plegridy à 125 mcg/0,5 ml |
| | <input type="checkbox"/> Seringue de Glatect à 20 mg/ml | | <input type="checkbox"/> Plegridy à 163 mcg/0,5 ml |
| Interféron bêta-1a : | <input type="checkbox"/> Injection de Avonex à 30 mcg/0,5 ml | Térfunomide : | <input type="checkbox"/> Comprimé d'Aubagio à 14 mg |
| | <input type="checkbox"/> Injection de Rebif à 66 mcg | Autre : | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Injection de Rebif à 132 mcg | | |
| | <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Rebif à 22 mcg | | |
| | <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Rebif à 44 mcg | | |

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

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic : Sclérose en plaques rémittente Sclérose en plaques progressive secondaire Autre _____

Degré d'incapacité actuel selon l'échelle EDSS _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Degré d'incapacité antérieur selon l'échelle EDSS (si disponible) _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Date du diagnostic initial _____ Poids actuel du patient _____

MMM/AAAA

Rechutes/crises admissibles : Veuillez indiquer les dates des plus récentes rechutes et crises (« crise » désigne l'apparition de nouveaux symptômes ou la détérioration de symptômes existants lorsque ces symptômes durent au moins 24 heures, sans fièvre, et sont précédés d'une période stable d'au moins un mois) :

Date (JJ/MMM/AAAA)	Type de rechute (une rechute liée aux lésions visibles à l'IRM peut substituer une rechute clinique)
	<input type="checkbox"/> Rechute clinique <input type="checkbox"/> Lésion(s) visible(s) à l'IRM (lésion(s) T1 rehaussée(s) par le gadolinium) <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Rechute clinique <input type="checkbox"/> Lésion(s) visible(s) à l'IRM (lésion(s) T1 rehaussée(s) par le gadolinium) <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Rechute clinique <input type="checkbox"/> Lésion(s) visible(s) à l'IRM (lésion(s) T1 rehaussée(s) par le gadolinium) <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Rechute clinique <input type="checkbox"/> Lésion(s) visible(s) à l'IRM (lésion(s) T1 rehaussée(s) par le gadolinium) <input type="checkbox"/> Autre _____

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

S'il ne s'agit PAS des premiers médicaments modificateurs de l'évolution de la SP :

Le patient a-t-il pris des médicaments modificateurs de l'évolution de la SP depuis la ou les rechutes? Oui Non

Y a-t-il eu des interruptions du traitement depuis que le patient a commencé à prendre des médicaments modificateurs de l'évolution de la SP? ... Oui Non

Si « Oui », précisez :

Raison de l'interruption _____

Période d'interruption : Du _____ au _____
JJ/MMM/AAA JJ/MMM/AAAA

Combien de rechutes le patient a-t-il eues pendant l'interruption? _____

TRAITEMENTS ACTUELS ET PASSÉS PERTINENTS

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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 :

CRITÈRES DE RENOUVELLEMENT DE LA PROTECTION

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

Preuve de son efficacité (amélioration ou stabilisation) démontrée par au moins UN des éléments suivants :

Réduction de la fréquence des rechutes/crises (de _____ rechutes/crises par année à _____ rechutes/crises par année)

Amélioration ou stabilisation du degré d'incapacité selon l'échelle EDSS

Degré d'incapacité actuel selon l'échelle EDSS _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Degré d'incapacité antérieur selon l'échelle EDSS _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

IRM : réduction ou stabilisation du nombre de lésions

IRM : réduction des lésions rehaussées par le gadolinium

Impression clinique globale positive (précisez) _____

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

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

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