UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande d'autorisation de paiement

Médicament d'exception

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A — Identification de l'adhérent (le détenteur de la police d'assurance)

1. Nº de certificat _____ Nº de groupe _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance _____

Section B — Identification du patient

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance _____
3. Adresse _____ App. _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Téléphone _____-_____ 5. Travail _____-_____ Poste _____
6. Courriel _____
7. Lien de parenté avec l'adhérent (le détenteur de la police d'assurance) ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant à charge

Autres couvertures pour les médicaments

Régime provincial

Êtes-vous couvert par un régime provincial (ex.: RAMQ) ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui :
- Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis → ☐ Copie jointe au présent formulaire
- Veuillez nous faire parvenir une copie de l'acceptation ou du refus → ☐ Copie jointe au présent formulaire

Régime privé

Détenez-vous une autre couverture médicament via un autre régime d'assurance privé ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui :
- Nom de l'assureur privé _____
- Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis à l'autre assureur → ☐ Copie jointe au présent formulaire
- Veuillez nous faire parvenir une copie de l'acceptation ou du refus → ☐ Copie jointe au présent formulaire

Section C — Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Dans le présent formulaire, vos renseignements personnels sont collectés et votre consentement est requis pour permettre à UV Assurance de communiquer avec les professionnels de la santé visés, soit votre pharmacien, votre médecin, infirmiers, assistant technique en pharmacie et nutritionniste. Votre Dossier Santé Québec (DSQ) peut également être consulté. Cette collecte d'information et votre consentement nous permettent également de communiquer avec vos anciens assureurs ainsi que le Programme de soutien au patient.

Ces renseignements personnels sont alors utiles non seulement pour vous identifier, mais aussi pour obtenir l'accès à votre dossier médical ainsi que votre historique de médicaments, et ce, limité strictement à ce qui est nécessaire et lié à votre contrat d'assurance ainsi qu'à l'analyse de la présente demande.

Sachez qu'en tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Le retrait de votre consentement peut toutefois entraîner des conséquences légales ou contractuelles dans le cadre de l'administration de votre contrat d'assurance. UV Assurance veillera à vous expliquer cesdites conséquences, le cas échéant.

Pour faire corriger vos renseignements (qui seraient notamment inexacts, incomplets ou périmés), consulter votre dossier ou pour retirer votre consentement, vous devez faire une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990 rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, consultez la politique de confidentialité de UV Assurance au https://uvassurance.ca/politique-de-protection-des-renseignements-personnels/

X _____ _____
Signature du patient

FR-5036A (2024-01)

Section D — Identification et déclaration du médecin

Compléter par le médecin

1. Prénom _____ Nom _____
2. N° de permis _____
3. Adresse _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Téléphone _____-_____ Poste _____ 6. Télécopieur _____-_____

Type de demande

☐ Demande initiale ☐ Demande de changement de traitement ☐ Demande de renouvellement

Veuillez compléter toutes les sections ci-dessous afin de nous permettre de faire l'analyse dans les meilleurs délais possibles.

Médicament demandé

1. Nom du médicament _____ 2. Forme _____ 3. Teneur _____
4. Posologie _____ 5. Poids _____ 6. Taille _____
7. Durée prévue du traitement Du _____ au _____

Diagnostic

Veuillez-nous nous faire parvenir tous les renseignements supplémentaires nécessaires au traitement de la présente demande (ex. : scores, résultats sanguins, rapport d'imagerie, études, gravité de la condition médicale, etc.).

Prendre note qu'afin de pouvoir évaluer la demande, des études ou toutes autres documentations justifiant l'utilisation du médicament demandé devront nous être soumises. Ceci s'applique également à une utilisation non conforme d'un médicament pour une condition médicale donnée.

Programme de soutien aux patients (PSP)

1. Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients ? ☐ Non ☐ Oui **Si oui,** répondre aux questions suivantes.
2. Nom du programme _____ 3. Nom de la personne ressource _____
4. Téléphone _____-_____ Poste _____ 5. Télécopieur _____-_____

Note : Veullez noter que pour certains médicaments, l'inscription à un programme de soutien pour les patients peut être requise pour que le remboursement soit accordé.

Résumé des essais antérieurs

1. Veuillez indiquer les médicaments qui ont été tentés. Précisez la durée de ces traitements ainsi que la raison de leur arrêt.

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom			
Posologie			
Raison	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____
Durée	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____

2. Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire pertinent à l'évaluation de cette demande.

FR-5036A (2024-01)

Section E — Demande de renouvellement de l'autorisation de paiement

Compléter par le médecin

1. Nom du médicament _____
2. Posologie _____
3. Quels sont les bénéfices cliniques du traitement ?

4. Quels sont les plus récents résultats d'examen, scores et résultat de prélèvement (s'il y a lieu) ?
De plus, fournir le plus récent rapport d'imagerie (s'il y a lieu) .

Section F — Signature

Je certifie que les renseignements indiqués dans cette demande sont exacts.

X _____ N° de permis _____

Signature du médecin

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ▪ Téléphone : 819 478-1315 ▪ Sans frais : 1 800 567-0988 ▪ Télécopieur : 819 474-1990

UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.