

Envoyer les demandes par télécopieur au **905-949-3029**

OU envoyer les demandes par la poste à : **Services cliniques, Sécurité Indemnité Inc., bureau 620, 1, City Centre Drive, Mississauga (Ontario), L5B 1M2**

OU envoyer les demandes par courriel à l'adresse Special.Authorization@Claimsecure.com

UN FORMULAIRE INCOMPLET POURRAIT ENTRAÎNER DES RETARDS OU UN REFUS

À REMPLIR PAR LE PATIENT

| | | | | | |
|--|-------------|-------------------------------|--|--|--|
| Participant au régime | | Numéro du groupe | | Numéro de certificat | |
| Nom du patient | | | | Lien de parenté avec le participant <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre | |
| Adresse municipale | | | | Ville | |
| Province | Code postal | Numéro de téléphone () | | Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) | |
| Si vous souhaitez recevoir une réponse/lettre par courriel, veuillez indiquer votre adresse courriel exacte; autrement, vous recevrez votre réponse par la poste. | | | | | |
| Adresse de courriel | | | | | |
| <p>OU si vous avez un compte eProfile et que vous souhaitez recevoir votre réponse/lettre par courriel, veuillez indiquer « Oui » ci-dessous. Nous utiliserons l'adresse courriel associée à votre compte eProfile.</p> <input type="checkbox"/> Oui, je souhaite recevoir ma réponse/lettre par courriel, à l'adresse courriel indiquée dans mon compte eProfile. <input type="checkbox"/> Non, je ne souhaite pas recevoir ma réponse par courriel pour le moment. | | | | | |
| <u>(Veuillez noter que toutes les réponses/lettres envoyées par courriel ne seront pas également envoyées par la poste.)</u> | | | | | |
| Par la présente, j'autorise : | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tout médecin, établissement de soins de santé autorisés et hôpital et toute clinique, installation médicale, compagnie d'assurance, entreprise d'administration des programmes d'aide aux patients et Sécurité Indemnité à échanger des renseignements personnels liés à ma santé, ainsi que cette demande d'autorisation spéciale pour l'évaluation de l'admissibilité à ce médicament, l'approbation des réclamations et aussi, pour assurer le suivi des soins. 2. Sécurité Indemnité à échanger des renseignements personnels avec les parties et fournisseurs de services susmentionnés, dont les partenaires du programme de réadaptation ou du réseau de pharmaciens privilégiés, travaillant avec Sécurité Indemnité pour l'administration, en mon nom, de mon programme d'indemnité santé, et le cas échéant, l'administration du programme de réadaptation et du réseau des fournisseurs privilégiés des pharmacies. | | | | | |
| Je comprends que les renseignements personnels sont nécessaires aux fins susmentionnées et que de refuser le consentement peut entraîner un retard du traitement ou le refus de ma demande. | | | | | |
| Je comprends que les renseignements personnels peuvent être assujettis à la divulgation aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada. | | | | | |
| J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. J'assume la responsabilité de tous les coûts associés à ce formulaire à remplir. | | | | | |
| Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. | | | | | |
| Signature X | | | | Date (AAAA/MM/JJ) | |

COUVERTURE APPLICABLE AU CONJOINT

Si vous êtes le ou la conjoint(e) du participant, que vous soumettez une demande d'autorisation spéciale et que vous êtes couvert(e) par votre propre régime d'assurance, vous devez d'abord soumettre une demande de remboursement pour le médicament en question auprès de votre assureur principal.

Quel est le niveau de couverture du médicament en vertu de votre régime d'assurance principal?

SECTION GÉNÉRALE AUTORISATION SPÉCIALE ou PRÉALABLE requise EXCLUSION

Si votre régime d'assurance principal exige une autorisation spéciale ou préalable pour le médicament en question, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous soumis une demande d'autorisation spéciale ou préalable pour le médicament? OUI ou NON

Quelle a été la décision relative à votre demande de remboursement pour le médicament en question? APPROUVÉE ou REJETÉE

Veuillez fournir les documents justificatifs.

Envoyer les demandes par télécopieur au **905-949-3029**

OU envoyer les demandes par la poste à : **Services cliniques, SécurIndemnité Inc., bureau 620, 1, City Centre Drive, Mississauga (Ontario), L5B 1M2**

OU envoyer les demandes par courriel à l'adresse Special.Authorization@Claimsecure.com

UN FORMULAIRE INCOMPLET POURRAIT ENTRAÎNER DES RETARDS OU UN REFUS

COUVERTURE PROVINCIALE (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Veillez noter que certains médicaments pourraient être remboursés en vertu des régimes d'assurance provinciaux. Si votre médicament figure sur la liste des médicaments, il est important que votre médecin et vous-même soumettiez d'abord une demande de remboursement en vertu du régime d'assurance provincial pour éviter de retarder le traitement de votre demande d'autorisation spéciale.

Avez-vous soumis une demande de remboursement en vertu du régime d'assurance provincial? OUI ou NON

La demande a-t-elle été approuvée? OUI ou NON

Veillez fournir les documents justificatifs.

PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament prescrit? OUI ou NON

Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants :

- a) Numéro de cas/dossier : _____
 b) Coordonnées de l'agent chargé du cas – Nom : _____ Téléphone : _____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

| | | | | | |
|--------------------|----------|-------------|----------------------------|------------------------------|--|
| Nom du médecin | | Spécialité | | Date (AAAA/MM/JJ) | |
| Adresse municipale | | | Signature du médecin X | | |
| Ville | Province | Code postal | Numéro de téléphone () | Numéro de télécopieur () | |

MÉDICAMENT FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

NOUVELLE DEMANDE RENOUVELLEMENT AUGMENTATION DE LA DOSE AUTRE

| | | |
|----------------|--------------------|----------------------------|
| Nom du produit | Concentration | Posologie |
| Diagnostic | Date du diagnostic | Durée prévue du traitement |

MÉDICAMENTS ET TRAITEMENTS ANTÉRIEURS POUR LA MALADIE OU LE DIAGNOSTIC

| | | |
|--------------------|---------------------|-----------|
| Nom du produit | Concentration | Posologie |
| Motif de l'abandon | Durée du traitement | |
| Nom du produit | Concentration | Posologie |
| Motif de l'abandon | Durée du traitement | |

Envoyer les demandes par télécopieur au **905-949-3029**

OU envoyer les demandes par la poste à : **Services cliniques, Sécurité Indemnité Inc., bureau 620, 1, City Centre Drive, Mississauga (Ontario), L5B 1M2**

OU envoyer les demandes par courriel à l'adresse Special.Authorization@Claimsecure.com

UN FORMULAIRE INCOMPLET POURRAIT ENTRAÎNER DES RETARDS OU UN REFUS

LIEU D'ADMINISTRATION (LE CAS ÉCHÉANT)

À DOMICILE CABINET DU MÉDECIN CLINIQUE PRIVÉE HÔPITAL ÉTABLISSEMENT SLD

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Indice fonctionnel de l'ECOG _____
- Classe fonctionnelle de l'OMS _____
- Poids du patient _____

KUVAN : Concentrations initiales de phénylalanine _____

Demande initiale : Réponse au régime à teneur réduite en phénylalanine pendant l'essai de 30 jours – Oui ou Non

Pour le renouvellement de Kuvan : Maintien du régime à teneur réduite en phénylalanine pendant le traitement – Oui ou Non
Concentrations actuelles de phénylalanine _____