

Par télécopieur : **905 949-3029**OU par la poste : **SécurIndemnité Inc. CP 6500 Succursale A, Sudbury ON P3A 5N5**OU par courriel : Special.Authorization@Claimsecure.com**UN FORMULAIRE INCOMPLET PEUT ENTRAÎNER DES RETARDS OU UN REFUS**

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

SécurIndemnité utilise les renseignements personnels lorsque vient le temps de prendre des décisions relatives aux produits et aux services. Ces décisions peuvent être prises au moyen de processus automatisés.

Vous voulez en savoir plus? Consultez la page claimsecure.com/fr/la-confidentialite.

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Par les présentes :

1. J'autorise SécurIndemnité, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État, des programmes de soutien aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec SécurIndemnité ou avec l'une de ces parties, au Canada ou à l'étranger, à échanger des renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents pour évaluer l'admissibilité à ce médicament, traiter les demandes de règlement et assurer la continuité des soins.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et communiqués comme indiqué ci-dessus, et que mon refus de consentir pourrait entraîner un retard ou un refus de ma demande.
3. Je reconnais que SécurIndemnité se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire en tout temps, notamment pour prévenir et détecter la fraude, et que ce consentement s'applique à toute vérification de mes demandes de règlement.
4. J'autorise SécurIndemnité, ainsi que toute personne agissant en son nom, à communiquer les renseignements fournis sur ce formulaire au répondant de mon régime ou à mon employeur afin de signaler toute situation de fraude, de gaspillage ou d'abus que SécurIndemnité soupçonne.
5. Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé SécurIndemnité à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.
6. Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.
7. Je reconnais que je suis responsable de payer les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Signature (Signature du patient/participant)

X

Date (AAAA-MM-JJ)

PROTECTION DU CONJOINT

Si vous êtes un conjoint qui présente une demande d'autorisation spéciale et que vous avez votre propre assurance médicaments principale, vous devez d'abord vérifier la protection pour le médicament demandé auprès de votre assureur, qui est le premier assureur pour les médicaments.

Comment le médicament demandé est-il couvert au titre de votre régime d'assurance médicaments principal?

☐ GARANTIE GÉNÉRALE ☐ AUTORISATION SPÉCIALE ou PRÉALABLE requise ☐ EXCLU

Si votre régime d'assurance médicaments principal exige que vous présentiez une autorisation spéciale ou préalable pour le médicament demandé, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous présenté une demande d'autorisation spéciale ou préalable? ☐ OUI ou ☐ NON

Quelle décision a été prise relativement à la protection pour le médicament demandé? ☐ APPROUVÉE ou ☐ REFUSÉE

Veuillez fournir des documents à l'appui.

ASSURANCE PROVINCIALE (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT DE RÉGIME)

Par télécopieur : **905 949-3029**

OU par la poste : **SécurIndemnité Inc. CP 6500 Succursale A, Sudbury ON P3A 5N5**

OU par courriel : Special.Authorization@Claimsecure.com

UN FORMULAIRE INCOMPLET PEUT ENTRAÎNER DES RETARDS OU UN REFUS

Veillez noter que certains médicaments peuvent être couverts par les régimes provinciaux. Si votre médicament figure sur la liste de médicaments assurés, vous devez d'abord, avec votre médecin, présenter une demande de protection auprès du régime provincial afin d'éviter des retards dans le traitement de votre demande d'autorisation spéciale.

Avez-vous présenté une demande de protection au titre du régime provincial? ☐ OUI ou ☐ NON

Votre demande a-t-elle été approuvée? ☐ OUI ou ☐ NON

Veillez fournir des documents à l'appui.

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

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

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

- a) **Numéro de dossier :** _____
- b) **Coordonnées du responsable du dossier – Nom :** _____ **Téléphone :** _____
- _____

