

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

OU envoyer les demandes par la poste à : **Services cliniques, SécurIndemnité C.P. 6500, succursale A, Sudbury, Ontario, P3A 5N5**

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					

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.

Oui, je souhaite recevoir ma réponse/lettre par courriel, à l'adresse courriel indiquée dans mon compte eProfile.

Non, je ne souhaite pas recevoir ma réponse par courriel pour le moment.

(Veuillez noter que toutes les réponses/lettres envoyées par courriel ne seront pas également envoyées par la poste.)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE : Certains médicaments peuvent être exclus de la couverture ou peuvent être exclus lorsqu'ils sont prescrits pour des conditions particulières. Si vous avez des questions au sujet de votre assurance médicaments, veuillez communiquer avec notre Centre d'assistance aux clients au 1-888-513-4464.

CONSENTEMENT RELATIF À LA CONFIDENTIALITÉ**Protection de vos renseignements personnels :**

Chez SécurIndemnité, nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels et à respecter votre vie privée. Ce sont des renseignements qui, seuls ou associés à d'autres, permettent d'identifier une personne. Il s'agit, notamment, de votre nom et de votre adresse ainsi que des renseignements plus sensibles comme des renseignements médicaux et vos dossiers financiers. Sont également compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux(se), votre conjoint de fait et vos enfants.

Utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels :

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Il s'agit, notamment, de vérifier votre identité et de tenir à jour votre profil et l'information sur les caractéristiques des produits que vous détenez auprès de nous. Ils sont également utilisés pour évaluer votre admissibilité aux produits, fixer le prix de nos produits, recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, traiter les demandes de règlement, vous protéger ainsi que nous contre les risques tels que les cybermenaces et la fraude, et nous conformer aux obligations légales. Votre numéro de certificat est utilisé pour associer vos produits entre eux et pour conserver vos renseignements à l'écart de ceux des autres clients aux noms similaires.

À qui nous communiquons les renseignements personnels :

Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir les services. Il peut s'agir de votre conseiller ou des personnes qui travaillent avec ce dernier, ainsi que d'autres organisations qui nous fournissent des services, telles que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de protection spécialisée, des médecins examinateurs indépendants et des pharmacies. De plus, nous pouvons communiquer vos renseignements à des fournisseurs d'assistance voyage, des fournisseurs de technologie et des compagnies d'assurance ou de réassurance. Dans le cadre de nos activités

quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes publics et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendrons jamais vos renseignements personnels à qui que ce soit.

Vous avez le contrôle de vos renseignements personnels :

Nous respectons vos préférences en matière de confidentialité et les suivons lorsque nous utilisons vos renseignements personnels. En tout temps, au cours de la relation que vous entretenez avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en soumettant une demande à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com. Vous pouvez notamment choisir de recevoir ou non des sondages sur l'expérience client; accepter ou non de recevoir de l'information et des offres de SécurIndemnité en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de la relation que vous entretenez avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de confidentialité, tels que l'accès à vos renseignements personnels ou leur correction, en envoyant un courriel à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com.

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.

Au moment de prendre des décisions relatives aux produits et services, SécurIndemnité utilise les renseignements personnels. Ces décisions peuvent être prises à l'aide d'un système de traitement automatisé.

Vous désirez en savoir plus? Veuillez-vous rendre au <https://www.securindemnite.com/fr/la-confidentialite/>.

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Par la présente,

1. J'autorise SécurIndemnité, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes publics ou de programmes de soutien aux patients ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec SécurIndemnité ou l'un des éléments mentionnés ci-dessus, situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, à communiquer des renseignements personnels lorsqu'il est pertinent et nécessaire de le faire pour établir l'admissibilité à ce médicament ou au règlement des demandes de règlement et pour garantir la continuité des soins.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de ma demande ou SécurIndemnité pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
3. Je reconnais que SécurIndemnité se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment à diverses fins, notamment pour prévenir et détecter la fraude et que ce consentement s'applique à la vérification de ma ou mes demandes de règlement.
4. J'autorise SécurIndemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer les renseignements fournis sur ce formulaire au promoteur du régime ou à l'employeur afin de déclarer les demandes de règlement soupçonnées de constituer une fraude, un gaspillage ou un abus par SécurIndemnité.
5. Je confirme que, si le patient est une personne autre que moi-même, il a consenti à ce que ses renseignements personnels soient fournis et à ce que SécurIndemnité les utilise et les divulgue comme indiqué ci-dessus.
6. Je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. Le défaut de fournir des renseignements véridiques, corrects et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute décision d'approbation, l'obligation de rembourser les demandes de règlement payées ou toute autre mesure qui s'impose.
7. Je reconnais que j'ai la responsabilité de tous les coûts associés à ce formulaire à remplir.

Signature _____ **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.

COUVERTURE PROVINCIALE (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Veuillez 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

Veuillez 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? YES or NO

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	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone ()	Numéro de télécopieur ()	

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

<input type="checkbox"/> NOUVELLE DEMANDE	<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT	<input type="checkbox"/> AUGMENTATION DE LA DOSE	<input type="checkbox"/> AUTRE
Nom du produit	Concentration	Posologie	
Diagnostic	Date du diagnostic	Durée prévue du traitement	
Indice de masse corporelle (IMC) Kg/m ²	Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi, po	Poids <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	

Le patient est atteint d'obésité et présente les facteurs de risque et/ou les troubles médicaux suivants :

- Hypertension
 Diabète sucré
 Hyperlipidémie
 Maladie cardiaque non mentionnée ci-dessus. Veuillez préciser: _____

- Maladie ou facteur de risque non mentionnés ci-dessus. Veuillez préciser: _____
- Oui** ou **NON** On a prescrit au patient un traitement axé sur le mode vie (régime réduit en calories et activité physique accrue)
- Oui** ou **NON** Le patient poursuit son traitement axé sur le mode de vie (régime réduit en calories et activité physique accrue) tout en prenant des médicaments pour la perte de poids.