

Envoyez vos demandes par télécopieur au **905-949-3029**

OU envoyez vos demandes par courrier à **Clinical Services, ClaimSecure Inc., P.O. Box 6500 Station A, Sudbury, Ontario, P3A 5N5**

OU envoyez un courriel à **Special.Authorization@Claimsecure.com**

UN FORMULAIRE INCOMPLET PEUT ENTRAÎNER UN RETARD 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 <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse postale				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.					
<b>Adresse de courriel</b>					

**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. Cela inclut votre nom et votre adresse, ainsi que des informations plus sensibles telles que vos dossiers médicaux et financiers. Le cas échéant, cela comprend des renseignements sur d'autres personnes telles que votre conjoint, votre conjoint de fait et vos enfants.

#### Comment nous utilisons vos renseignements personnels :

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et des services et pour améliorer nos opérations commerciales. Cela comprend la vérification de votre identité, la gestion de votre profil et l'information sur les fonctionnalités des produits que vous possédez déjà chez nous. Ces renseignements sont également utilisés pour évaluer votre éligibilité aux produits, déterminer le prix de nos produits, recueillir des commentaires sur notre service clientèle, traiter les réclamations, vous protéger et nous protéger contre des risques tels que les cybermenaces et la fraude, et nous conformer à des obligations légales. Votre numéro de certificat est utilisé pour relier vos produits entre eux et pour garder vos informations séparées de celles d'autres clients portant des noms similaires.

#### À qui nous communiquons les renseignements personnels :

Nous partageons vos renseignements personnels avec d'autres personnes et organisations qui nous aident à gérer vos produits et à vous fournir des services. Cela peut inclure votre conseiller ou les personnes qui travaillent avec votre conseiller, ainsi que d'autres organisations qui nous fournissent des services tels que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de couverture spécialisés, des médecins examinateurs indépendants et des pharmacies. Nous pouvons également partager vos renseignements avec des prestataires 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 gouvernementaux 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. À tout moment de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la manière dont vos renseignements personnels sont utilisés en soumettant une demande à notre bureau de confidentialité à [privacy@claimsecure.com](mailto:privacy@claimsecure.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 à l'adresse [privacy@claimsecure.com](mailto:privacy@claimsecure.com).

Si vous choisissez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels nécessaires pour vous servir et respecter nos obligations légales, nous pourrions ne pas être en mesure de continuer à vous fournir des produits et des 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 traitement automatisé.

Vous désirez en savoir plus ? Veuillez visiter <https://www.claimsecure.com/privacy-policy/>.

**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 communiqués comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut 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 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 être responsable de tous les frais nécessaires pour remplir ce formulaire.

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date (AAAA/MM/JJ)** \_\_\_\_\_

**COUVERTURE DU 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.

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

GÉNÉRALEMENT COUVERT     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 des documents.

### COUVERTURE PROVINCIALE (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT AU RÉGIME)

Veillez noter que certains médicaments pourraient être remboursés en vertu des régimes d'assurance provinciaux. Si votre médicament figure sur la liste des médicaments assurés, il est important que vous et votre médecin présentiez d'abord une demande de couverture au titre du régime provincial afin d'éviter tout retard dans votre demande d'autorisation spéciale.

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

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

Veillez fournir des documents.

### 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

Si oui, veuillez fournir :

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

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom du médecin		Spécialité		Date (AAAA/MM/JJ)	
Adresse postale				Signature du médecin X	
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	Régime	
Diagnostic	Date du diagnostic	Durée prévue du traitement	
Indice de masse corporelle (IMC) kg/m <sup>2</sup>	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.