



Demandes par fax à 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 Email : coveragenavigation@claimsecure.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom du patient	Numéro du groupe	Numéro de certificat	Lien de parenté avec le participant au régime <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre
Adresse postale			Ville
Province	Code postal		Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
Téléphone Domicile Travail / Mobile			Heure de contact préférée <input type="checkbox"/> AM (8h30 à 12h) <input type="checkbox"/> PM (12h à 17h)
Adresse de courriel			Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
MÉDICAMENT DEMANDÉ			
Nom du produit	Concentration		Régime
Diagnostic			
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN			
Nom du médecin			
Numéro de téléphone		Numéro de fax	
PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS (à remplir par le participant s'il y a lieu)			
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients pour vos médicaments prescrits? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, veuillez préciser :			
a) Dossier/Affaire		Numéro de téléphone :	
b) Coordonnées du gestionnaire de cas. Nom :			
PLAN DE CONJOINT (à remplir par le membre du plan, le cas échéant)			
Certaines de vos prestations d'assurance médicaments sont-elles coordonnées avec le régime de votre conjoint? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
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. Les informations personnelles sont des informations qui, prises seules ou combinées à d'autres informations, 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 informations personnelles :

Vos informations personnelles sont utilisées 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 informations sont également utilisées 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.

Avec qui nous partageons les informations personnelles :

Nous partageons vos informations personnelles 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 informations 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 informations personnelles sont utilisées en soumettant une demande à notre bureau de confidentialité à 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 de confidentialité, tels que l'accès ou la correction de vos informations personnelles, en envoyant un e-mail à notre bureau de confidentialité à privacy@claimsecure.com.

Si vous choisissez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des informations personnelles 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 dans le but de m'aider à rechercher, évaluer ou faire une demande de couverture pour médicaments.
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 confirme que les informations fournies sont, à ma connaissance, véridiques, correctes et complètes. Le fait de ne pas fournir des informations véridiques, correctes et complètes dans ce formulaire peut entraîner un retard ou un refus de ma demande.
4. Je reconnais être responsable de tous les frais nécessaires pour remplir ce formulaire.

Signature du patient

Date (AAAA/MM/JJ)