

Important : Les 4 pages doivent être complétées afin que la demande soit traitée. La signature du médecin est obligatoire.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à l'évaluation de la présente demande.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Obtenir des renseignements additionnels afin de compléter l'analyse de la demande;
- ▶ Communiquer avec les professionnels de la santé visés (notamment, vos pharmaciens, médecins traitants, infirmiers et tout autre professionnel jugé pertinent au dossier par UV Assurance), les établissements de santé, compagnies d'assurance, autorités gouvernementales, programmes gouvernementaux et programmes de soutien aux patients;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces et la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Section B – Identification de l'adhérent (le détenteur du contrat d'assurance)

1. N° de certificat _____ N° de groupe _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance

A	M	J

Section C – Identification du patient

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	M	J
3. Adresse _____ App. _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Téléphone

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--
5. Travail

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 Poste _____
6. Courriel _____
7. Lien de parenté avec l'adhérent (le détenteur du contrat d'assurance) ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant à charge
8. Nom du médicament concerné _____
9. Nom du professionnel de la santé _____

Section D – Autres couvertures pour les médicaments

Régime provincial

Êtes-vous couvert par un régime provincial (ex.: RAMQ)? ☐ Oui ☐ Non

- ▶ Si **Oui** : **Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis à l'autre assureur et une copie de l'acceptation ou du refus.**

Régime privé

Déterminez-vous une **autre couverture médicament** auprès d'un **autre assureur privé** (autre que celle détenue avec UV Assurance)? ☐ Oui ☐ Non

- ▶ Si **Oui** : **Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis à l'autre assureur et une copie de l'acceptation ou du refus.**

Nom de l'assureur privé _____

Lien de parenté entre l'adhérent et le détenteur de l'**autre contrat d'assurance** ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant à charge

S'il s'agit d'une personne à charge, indiquer la date de naissance du détenteur du contrat chez l'autre assureur

A	M	J

1. Prénom _____ Nom _____
2. N° de permis _____
3. Adresse _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Téléphone [][][][][][]-[][][][][][] Poste _____ 6. Télécopieur [][][][][][]-[][][][][][]

Type de demande

- ☐ Demande initiale ☐ Demande de changement de traitement ☐ Demande de renouvellement

Médicament demandé

1. Nom du médicament _____ 2. Forme _____ 3. Teneur _____
4. Posologie _____ 5. Poids _____ 6. Taille _____
7. Durée prévue du traitement Du [][][][][][] A [][][][][][] M [][][][][][] J [][][][][][] au [][][][][][] A [][][][][][] M [][][][][][] J [][][][][][]

- ▶ **Veillez compléter toutes les sections afin de ne pas retarder le traitement de la demande. Prendre note que le formulaire vous sera retourné s'il manque des informations.**
- ▶ La demande doit être supportée par des études cliniques de qualité ou toutes autres documentations justifiant l'utilisation du médicament pour l'indication demandée.
- ▶ Veuillez nous faire parvenir les éléments nécessaires au traitement de la demande (ex. : scores, résultats de tests, valeurs de laboratoire, rapport d'imagerie, gravité de la condition, etc.).

Diagnostic**Justification de la demande**

Note : Pour certains médicaments, l'inscription à un programme de soutien aux patients peut être requise afin que le remboursement soit accordé.

Programme de soutien aux patients (PSP)

1. Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, répondre aux questions suivantes.
2. Nom du programme _____ 3. Nom de la personne ressource _____
4. Téléphone [][][][][][]-[][][][][][] Poste _____ 5. Télécopieur [][][][][][]-[][][][][][]

Section E – Identification et déclaration du professionnel de la santé (suite)

Résumé des essais antérieurs

1. Indiquez les médicaments qui ont été tentés. Précisez la durée de ces traitements ainsi que la raison de leur arrêt.

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom			
Posologie			
Raison	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____	☐ Inefficacité ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre, Précisez _____
Durée	du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____	du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____	du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____

2. Indiquez tous les renseignements supplémentaires pertinents associés aux essais antérieurs.

Section F – Demande de renouvellement de l'autorisation de paiement

À compléter par le professionnel de la santé

1. Nom du médicament _____
2. Posologie _____
3. Veuillez documenter les bénéfices cliniques observés suite au traitement.

4. Veuillez fournir les éléments permettant d'évaluer la réponse au traitement, dont notamment les rapports d'imagerie, les résultats des échelles d'évaluation (scores), les valeurs de laboratoire, la réponse clinique ou tout autre renseignement pertinent.

Section G – Consentement et signatures

Je consens à ce que les tiers mentionnés ci-dessus à la section A puissent fournir à UV Assurance les informations requises à l'analyse de ma demande, notamment mon profil pharmacologique, mes conditions médicales, mes résultats de prélèvements sanguins, des rapports d'imagerie, des scores médicaux, les coordonnées de mes pharmacies, la couverture de mes médicaments par mes assureurs précédents ainsi que les informations provenant de mon Dossier Santé Québec (DSQ). De même, j'autorise UV Assurance à communiquer cesdits renseignements aux tiers mentionnés ci-dessus. UV Assurance ne recueillera et ne communiquera que les renseignements personnels qui sont strictement nécessaires à l'analyse de la présente demande.

Je comprends que le présent consentement s'applique également à mes personnes à charge si elles font l'objet de la présente demande et que j'atteste avoir obtenu leur autorisation.

Sachez qu'en tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Le retrait de votre consentement peut toutefois entraîner des conséquences légales ou contractuelles dans le cadre de l'administration de votre Contrat d'assurance. UV Assurance veillera à vous expliquer cesdites conséquences, le cas échéant. Pour faire corriger vos renseignements (qui seraient notamment inexacts, incomplets ou périmés), consulter votre dossier ou pour retirer votre consentement, vous devez faire une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990 rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Signature de l'assuré

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes à la même valeur que l'original.

X _____ Date

A	M	J
---	---	---

Signature de l'assuré Nom du signataire en lettres moulées

Signature du professionnel de la santé

En tant que professionnel de la santé, je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels. En apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme l'exactitude des informations fournies et que mon patient s'est vu divulguer cesdites informations.

Nº de permis _____

X _____ Date

A	M	J
---	---	---

Signature du professionnel de la santé Nom du signataire en lettres moulées

