Formulaire d'exemption des frais par classe thérapeutique

Pour demander une exemption, complétez la page 1 et demandez à votre médecin de remplir la page 2. Le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas une approbation. Tous frais engagés pour remplir ce formulaire sont à la charge du membre du régime.

PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS DU PATIENT		
Nom du **patient**:		Nom du **participant** au régime:
Date de naissance du **patient** (AAAA/MM/JJ):		Date de naissance du **participant** (AAAA/MM/JJ):
Nom du Régime/Employeur:	Numéro de groupe/contrat:	Numéro de certificat:
Lien avec le membre assuré: □ Conjoint □ Personne à charge		Langue de communication souhaitée: □ Français □ Anglais
Courriel du patient: _____		Numéro de téléphone du patient: _____
Adresse du Patient: _____ _____ _____ _____ _____ Numéro Rue Ville Province Code Postal		
Veuillez indiquer votre méthode de communication préférée avec Facet pour toute réclamation, y compris les réclamations antérieures et ultérieures. Si vous sélectionnez courriel, vous acceptez que le courriel puisse contenir des informations médicales et que la sécurité des courriels ne peut jamais être entièrement garantie: □ Courriel □ Courrier Postal		

PARTIE 2: CONSENTEMENT À LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En date des présentes, j'autorise toute personne ou organisation qui possède des renseignements médicaux me concernant, y compris tout professionnel de la santé (y compris mais sans s'y limiter aux médecins, médecins spécialistes, physiothérapeutes, pharmaciens ou toute autre personne qui m'a examiné ou traité), établissement de santé, pharmacie, programme de soutien aux patients et tout autre établissement médical, ou tout autre agent autorisé à communiquer ou à partager avec Cubic Health Inc. (« Cubic »), la compagnie qui gère le programme FACET, tout renseignement personnel relatif à mes antécédents médicaux et à mes affections médicales actuelles, y compris toute note clinique pertinente (collectivement, les « Renseignements personnels sur la santé »), qui peut être nécessaire pour évaluer la demande d'autorisation préalable qui comprend ce consentement (la « demande »).

Je comprends et j'accepte que Cubic conservera les renseignements personnels sur la santé obtenus auprès des personnes, organismes et mandataires susmentionnés de manière à en assurer la sécurité et le caractère confidentiel et en se conformant aux lois applicables et que mes Renseignements personnels sur la santé ne seront partagés avec aucune autre partie à l'exception de l'assureur pour le traitement des réclamations, de la pharmacie ou du réseau de fournisseurs privilégiés désigné par le régime pour la délivrance ou la distribution des médicaments le cas échéant, et du programme de soutien aux patients concerné pour faciliter l'accès aux médicaments le cas échéant.

J'autorise Cubic à recueillir, utiliser et conserver mes informations personnelles, telles que nom, adresse, adresse courriel et les Renseignements personnels sur la santé qu'il juge nécessaires aux fins du traitement de la demande et à toutes fins accessoires à la demande. J'autorise Cubic à collecter, utiliser et divulguer mes renseignements personnels conformément à sa politique de confidentialité située à: https://www.facetprogram.ca/fr/privacy/.

Je reconnais et je comprends que :

- l'accès et l'utilisation de mes Renseignements personnels sera limité aux pharmaciens de Cubic et aux autres membres du personnel de Cubic au cours de leur emploi avec Cubic, l'assureur, la pharmacie ou le réseau de fournisseurs privilégiés désigné par le régime (le cas échéant) et le Programme de soutien aux patients (le cas échéant);
- toute communication concernant le patient et sa demande se fera par le biais du courriel et du numéro de téléphone fournis dans la demande;
- tous frais liés au remplissage de ce formulaire sont à ma charge;
- le fait de remplir cette demande ne garantit pas l'approbation d'une couverture quelconque;
- Cubic est un comité d'examen clinique indépendant et n'est pas affilié avec mon employeur, promoteur du régime, administrateur du régime ou compagnie d'assurances et que Cubic a été engagé aux fins de garantir que les critères pour l'approbation des réclamations sont respectés avant l'autorisation soit accordée, et d'assurer que les critères de remboursements sont mis en œuvre de manière cohérente;
- Cubic n'assume aucune responsabilité quant à l'exhaustivité ou l'exactitude des Renseignements personnel qui pourraient être fourni à Cubic en relation avec la demande, et Cubic décline toute responsabilité en cas de perte ou dommages subis par toute personne, incluant (sans s'y limiter) moi-même, en raison du traitement ou de l'issue de la demande; et
- je n'ai aucun recours contre Cubic à l'égard de toute perte ou dommage (direct, indirect, accessoire, consécutif ou autrement) qui résulte de la manipulation, du traitement ou du résultat de ma demande; et
- ce consentement restera en vigueur pour cette demande d'autorisation préalable et pour toute autre demande future dans le cadre de mon régime d'assurance-médicaments, à moins, et jusqu'à ce, qu'il soit révoqué par écrit. Ce consentement est volontaire et je peux le retirer à tout moment en informant Cubic par écrit, et ce sous réserve de toute restriction légale ou contractuelle applicable.

Je comprends et j'accepte les conditions ci-dessus. *(Si le patient est mineur, un parent/tuteur doit signer ci-dessous. Aux fins du présent formulaire de consentement, un mineur est une personne qui n'a pas atteint l'âge légal de la majorité dans sa province ou son territoire de résidence).*

_____	_____	_____
Nom complet du patient (en lettres moulées)	Signature du patient	Date (AAAA/MM/JJ)

PARTIE 3: RENSEIGNEMENTS DU PRESCRIPTEUR		
Nom du médecin:	Spécialité:	Numéro de licence:
Adresse:		
Télécopieur: _____ *(requis)*	Téléphone: _____	

PARTIE 4: MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE D'EXCEPTION	
Nom du médicament demandé:	DIN:
Dose et fréquence prescrites:	
Diagnostic / Indication thérapeutique:	

Veuillez indiquer la/les raison(s) clinique(s) justifiant la demande d'exception pour ce médicament:

- ☐ Réaction indésirable (allergie ou intolérance) au(x) médicament(s) de référence (remplissez la partie 5)
- ☐ Réponse clinique insuffisante (échec thérapeutique) au(x) médicament(s) de référence (remplissez la partie 5)
- ☐ Facteurs spécifiques au patient empêchant l'utilisation du/des médicament(s) de référence (précisez ci-dessous et complétez la partie 6 ci-dessous):

_____

PARTIE 5: TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Veuillez énumérer ci-dessous tous les produits de marque et/ou génériques déjà essayés. Pour chacun des produits essayés, veuillez indiquer le nom du médicament, le fabricant, le DIN, la posologie prescrite, la durée d'utilisation et les détails relatifs à l'intolérance ou à l'échec thérapeutique.

Produit #1		
Nom du médicament:	Fabricant:	DIN:
Posologie prescrite:	Dates d'essai du: _____ au: _____	
Réponse au traitement: ☐ Réaction indésirable (allergie, intolérance) ☐ Réponse clinique insuffisante	Description:	
Produit #2		
Nom du médicament:	Fabricant:	DIN:
Posologie prescrite:	Dates d'essai du: _____ au: _____	
Réponse au traitement: ☐ Réaction indésirable (allergie, intolérance) ☐ Réponse clinique insuffisante	Description:	

PARTIE 6: AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Pour les patients demandant une exception pour des raisons autres qu'une réaction indésirable ou un échec thérapeutique à des versions alternatives du médicament, veuillez fournir des informations détaillées pour justifier l'exception pour le médicament demandé.

Veuillez prendre note que des renseignements supplémentaires peuvent être demandés au besoin pour faciliter la détermination de la couverture.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

_____ _____

Signature du médecin prescripteur Date signée (AAAA/MM/JJ)

Veuillez soumettre le formulaire rempli à FACET par:
Fax: 1-844-446-1575 **Courriel:** claims@facetprogram.ca
Questions? Veuillez appeler FACET au 1-844-492-9105