

**DIRECTIVES AU VERSO**

CE FORMULAIRE A ÉTÉ ENVOYÉ PARTÉLÉC. (DATE) : \_\_\_\_\_

Prrière de remplir **tout** le formulaire. S'il manque des renseignements sur le formulaire, nous le retournerons à l'adhérent. Les formulaires incomplets ne peuvent être traités. **Les coûts associés au formulaire ou à l'obtention de renseignements médicaux supplémentaires sont à la charge du (de la) patient(e) / adhérent(e).**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E)** (Rempli par le [la] patient[e] / adhérent[e].)

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Nom du (de la) patient(e) : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

\* Avez-vous déjà acheté le médicament mentionné ci-dessous, prescrit par votre médecin ?  oui  non  
 Si vous avez déjà soumis votre reçu à Croix Bleue Medavie, veuillez indiquer la date du plus ancien reçu. Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ **OU**  
 Veuillez joindre votre reçu de paiement intégral au présent formulaire.

**AUTRE PROTECTION**

Est-ce que vous ou des personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime ?  oui  non Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :  
 Nom de l'autre assureur : \_\_\_\_\_ Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
 N° d'ID : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT**

J'accorde par la présente à tout fournisseur de soins de santé la permission de fournir à Croix Bleue Medavie les renseignements médicaux relatifs à mon état de santé ou à celui des personnes à ma charge concernant les demandes de règlement soumises par nous ou en notre nom à Croix Bleue Medavie.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, ou de la police collective dont je suis un membre admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de la Croix Bleue. Selon le type de protection que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, le détenteur de carte de tout contrat dans le cadre duquel je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer et gérer les garanties décrites dans la police dont je suis un membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement, la Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signature du patient (parent ou gardien) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 (Si moins de 18 ans, la signature de l'adhérent(e) est requise.)

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le [www.medavie.croixbleue.ca](http://www.medavie.croixbleue.ca) ou appeler le 1-800-667-4511.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom du médecin (lettres moulées) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**MÉDICAMENT POUR LEQUEL ON DEMANDE UNE AUTORISATION SPÉCIALE**

Nom du produit	Concentration	Posologie	Quantité	Diagnostic

Durée prévue du traitement : \_\_\_\_\_ Pour médicaments injectables, établissement où le médicament est administré \_\_\_\_\_  
 Aucun traitement antérieur  Traitement antérieur (préciser) \_\_\_\_\_

Si le produit requis fait partie de l'une des catégories suivantes, veuillez remplir la section appropriée en plus de fournir les renseignements qui précèdent.

**MIGRAINE**

Nombre de doses requises par mois \_\_\_\_\_ Fréquence des crises \_\_\_\_\_  
 Analgésiques essayés :  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 Traitements prophylactiques essayés :  
 Non  Oui  Actuellement utilisés  
**Résultats:**  Réussi  Non réussi  
 Contre-indication  Intolérance  
 Y a-t-il eu une consultation avec un neurologue ?  Non  Oui

**MODIFICATEURS DE LA RÉPONSE BIOLOGIQUE**

Diagnostic \_\_\_\_\_  
 Dose et fréquence demandées \_\_\_\_\_  
 Poids du patient \_\_\_\_\_  
**Les ARMM ne sont pas applicables au psoriasis ni à la spondylarthrite ankylosante**  
 Nom des deux ARMM essayés \_\_\_\_\_  
 Durée du traitement avec les ARMM \_\_\_\_\_  
**Applicable seulement au psoriasis**  
 La thérapie systémique et la thérapie photochimique ont-elles été essayées ?  Non  Oui  
 Quel est le décompte des CD4 et le pourcentage de sérum-albumine bovin touché par le psoriasis ? \_\_\_\_\_

**BRONCHODILATATEURS À ACTION PROLONGÉE ET ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES**

Diagnostic \_\_\_\_\_  
 Le patient fait-il actuellement une utilisation optimale des corticostéroïdes en inhalation et a-t-il toujours besoin de bronchodilatateurs à action brève ?  
 Non  Oui

**ANOREXIGÈNES**

Veuillez indiquer l'IMC actuel \_\_\_\_\_  
 Y a-t-il des facteurs de comorbidité existants ? (précisez) \_\_\_\_\_

**STÉROÏDES NASAUX**

Beclomethasone et Budesonide sont des médicaments réguliers. Ont-ils été essayés ?  Non  Oui  
 Si non, y a-t-il une raison médicale pour laquelle ils ne peuvent pas être essayés ? (précisez) \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

MMSE des trois derniers mois \_\_\_\_\_

**FAMVIR, VALTREX, ZOVIRAX**

Précisez s'il s'agit du traitement de l'herpès oral, génital ou de l'herpès zoster.

Le patient est-il immunodéficient ?  Non  Oui

S'il s'agit de l'herpès oral et que le patient n'est pas immunodéficient, décrivez l'étendue de la région touchée \_\_\_\_\_

**INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON**

Diagnostic :  Ulcère duodéal  Ulcère gastrique  
 Oesophagite de reflux  Autre \_\_\_\_\_

Pariet, Tecta et le générique Omeprazole sont des médicaments réguliers. Est-ce que 2 de ces 3 médicaments ont été essayés ?  Non  Oui

Si non, y a-t-il une raison médicale pour laquelle ils ne peuvent pas être essayés ?  Non  Oui

Précisez \_\_\_\_\_  
 Description d'autre diagnostic \_\_\_\_\_

**MÉDICAMENTS POUR LA SEP**

Cote sur l'échelle élargie de l'état d'invalidité : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'exacerbations au cours des deux dernières années \_\_\_\_\_  
 Lésions à l'IRM et taille \_\_\_\_\_  
**Renouvellements :**  
 Cote à l'échelle élargie de l'état d'invalidité des trois derniers mois \_\_\_\_\_  
 Nombre d'exacerbations durant la dernière année \_\_\_\_\_

## DIRECTIVES RELATIVES À L'AUTORISATION SPÉCIALE

- Le processus d'autorisation spéciale est un processus d'approbation au préalable afin de déterminer si certains produits seront remboursés en vertu de votre régime d'assurance.
- Les médicaments prescrits admissibles doivent être achetés auprès d'un fournisseur approuvé de Croix Bleue Medavie.
- L'autorisation spéciale est conditionnelle à votre statut de bénéficiaire ou titulaire d'une police de Croix Bleue Medavie.
- Si vous fonctionnez selon le système de remboursement, soumettez vos reçus originaux du paiement intégral à Croix Bleue Medavie pour obtenir votre paiement.

Votre médecin traitant doit remplir le formulaire et l'envoyer à :

**Personnel et confidentiel**  
**Croix Bleue Medavie**  
**Autorisation spéciale - Médicaments sur ordonnance**  
**C.P. 220**  
**Moncton (N.-B.) E1C 8L3**  
**ou par télécopieur au 506-867-4580 (ligne confidentielle)**

Lorsque nous recevrons la demande, nous l'examinerons en toute confidentialité selon les critères de paiement mis au point par Croix Bleue Medavie en collaboration avec des conseillers en soins de santé indépendants. Dans certains cas, nous aurons peut-être besoin de renseignements cliniques ou diagnostiques supplémentaires. Croix Bleue Medavie vous fera parvenir sa réponse par écrit.

L'autorisation spéciale peut être accordée pour une période ou une quantité de médicament donnée. Croix Bleue Medavie étudiera une demande de renouvellement présentée par un(e) patient(e) / adhérent(e). Cette demande doit renfermer des renseignements du médecin appuyant un usage prolongé du médicament.

Si votre demande a été dûment remplie, une réponse vous parviendra dans les sept à dix jours ouvrables. Si votre état médical requiert une attention immédiate, nous ferons l'impossible pour vous répondre la même journée. Si vous voulez obtenir une réponse par télécopieur, indiquez-le par écrit sur votre demande d'autorisation spéciale. Si vous souhaitez savoir où en est le traitement de votre demande, communiquez avec notre Centre d'information à la clientèle au 1-800-667-4511.

### REMARQUE AU MÉDECIN

En vertu du programme d'autorisation spéciale, Croix Bleue Medavie autorise le paiement de certains médicaments d'ordonnance qui satisfont à des critères établis. Le refus d'une demande d'autorisation spéciale signifie que Croix Bleue Medavie n'accorde pas le paiement pour un produit donné. Ce refus ne conteste d'aucune façon la décision d'un médecin pas plus qu'elle n'exprime une opinion médicale.