

Le PROGRAMME D'ASSISTANCE AUX PATIENTS POUR LE REMBOURSEMENT DE RILUTEK®



Formulaire d'inscription et d'acceptation du patient

L'admissibilité au remboursement de certains médicaments comme Rilutek® (comprimés de riluzole) par votre régime collectif d'assurance médicaments, votre régime privé d'assurance maladie ou les programmes provinciaux pour le remboursement exceptionnel de médicaments non inscrits, peut se révéler difficile à établir et reposer sur des critères très stricts. Selon la façon dont vous présentez votre dossier au Service des règlements de ces divers payeurs, votre admissibilité pourrait être refusée simplement parce que les renseignements que vous avez fournis ont été mal compris ou mal interprétés, ou que la demande d'autorisation préalable que vous avez soumise était incomplète.

Ne prenez pas le risque de voir votre demande refusée et de devoir renoncer aux avantages auxquels vous pourriez avoir droit.

Laissez les spécialistes de Medicum travailler pour vous afin de **maximiser vos chances d'obtenir une protection médicale complète pour les médicaments et les autres avantages** qui s'avèrent importants pour assurer la prise en charge efficace de votre maladie.

Medicum, le plus important organisme de défense des droits des patients au Canada, a déjà apporté son soutien à des milliers de patients, ainsi qu'à leurs familles. Ses intervenants de grande expérience procéderont à une vérification approfondie de votre protection et vous aideront dans la préparation de votre demande de règlement. Le service d'assistance vise non seulement à obtenir le remboursement de vos médicaments, mais également à vous aider à obtenir une protection pour les dispositifs médicaux, les séances de physiothérapie, les soins à domicile et autres soins de santé qui peuvent constituer des éléments importants de la prise en charge de votre maladie. Autre avantage non négligeable : ce service, soutenu financièrement par sanofi-aventis Canada Inc., vous est offert sans aucuns frais... **et en toute confidentialité.**



AUTORISATION DE VÉRIFICATION DE LA PROTECTION MÉDICALE: (La présente section doit être remplie par le patient ou par un membre de sa famille.)

À qui de droit,

Par la présente, j'autorise MEDICUM à vérifier la couverture offerte par mon régime d'assurance et à déterminer, en mon nom ou en celui de la personne à ma charge, toute information relative à ma protection médicale et à ses modalités en ce qui concerne le remboursement des médicaments ou les autres avantages applicables liés à mes soins médicaux. Je comprends que, dans le cadre de la vérification visant à déterminer tous les avantages que me confère ma protection, Medicum devra communiquer avec mon assureur, celui de la personne à ma charge ou mon médecin, dans le but d'obtenir d'autres renseignements. Afin d'aider Medicum dans sa démarche, je consens également, par la présente, à fournir les renseignements figurant ci-dessous. J'atteste que ces derniers sont exacts et complets et, en apposant ma signature ci-dessous, j'autorise Medicum à procéder aux vérifications nécessaires. J'autorise également la divulgation des renseignements personnels me concernant, qui figurent sur le présent formulaire ou qui seront recueillis dans le cadre de ma participation à ce programme, à d'éventuels payeurs ou organismes en vue de déterminer mon admissibilité au remboursement de certains médicaments et soins médicaux. Par la présente, je donne instruction aux tiers payants qui administrent les régimes en vertu desquels je suis admissible au remboursement des médicaments d'ordonnance et à d'autres avantages en matière de santé de divulguer les renseignements concernant ma couverture d'assurance aux responsables du Programme. Je comprends que tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du Programme seront traités conformément à la politique de protection des renseignements personnels dudit programme. Par la présente, je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels à mon sujet, conformément à la politique de protection des renseignements personnels en vigueur dans le cadre du présent programme. J'atteste également que j'ai pris connaissance du résumé de cette politique figurant ci-après.

Autorisation du participant : _____ Date : _____
(Veuillez apposer votre signature.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE OU LE RÉGIME PRIVÉ D'ASSURANCE DU PATIENT:

Nom du patient : _____
Date de naissance : _____
Adresse du patient : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
N° de téléphone : _____
Médecin traitant : _____
N° de téléphone du médecin : _____
Nom du participant au régime collectif : _____
Date de naissance du participant : _____

Employeur : _____
Nom de l'assureur : _____
N° de police : _____
N° de groupe : _____ N° du participant : _____
Statut d'employé [] Actif [] Retraité

PARTICIPANT A UN RÉGIME PRIVÉ

Assureur : _____
N° de police : _____
N° de téléphone : _____

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS:

Sanofi-aventis Canada Inc. a confié l'administration de ce programme à Medicum, dans le cadre du Programme d'assistance aux patients Medicum Inc., dont les bureaux sont situés au 1000, avenue Saint-Charles, bureau 809, Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 8P5. Les renseignements que vous avez fournis demeureront la propriété de Medicum, dans le cadre de son Programme d'assistance aux patients, et seront conservés dans la plus stricte confidentialité. Seul le personnel autorisé de Medicum participant directement à la gestion du Programme d'assistance aux patients pour le remboursement de Rilutek® aura accès à ces renseignements personnels. Dans l'éventualité où le Programme d'assistance aux patients pour le remboursement de Rilutek® serait annulé ou devait être transféré à un autre administrateur, la même confidentialité serait respectée et vous seriez informé(e) des modifications qui pourraient y être apportées. Vous êtes également autorisé(e) à consulter les renseignements personnels vous concernant et, s'il y a lieu, à y apporter des corrections conformément aux dispositions de la loi.

AVIS DU MÉDECIN ATTESTANT LA NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT SUR LE PLAN MÉDICAL (Facultatif):

Par la présente, j'atteste que je suis le médecin traitant du patient (de la patiente) et que le requérant (la requérante) et/ou sa conjointe (son conjoint) ou la personne à sa charge est mon patient (ma patiente). Je confirme également que Rilutek® (comprimés de riluzole) a été prescrit à ce patient (cette patiente) conformément aux indications approuvées par Santé Canada.

Attestation du médecin : _____ Date : _____
(Veuillez apposer votre signature.)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE AU NUMÉRO OU À L'ADRESSE FIGURANT CI-DESSOUS:

N° de télécopieur : 1-877-787-3376 (sans frais)
N° de téléphone : 1-866-474-5883 (sans frais)
Poste : Programme d'assistance aux patients Medicum Inc. 472F Main Road
Hudson (Québec) J0P 1H0

Medicum est fière d'assurer la confidentialité des renseignements sur les participants à ses programmes conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques* au Canada et à la réglementation québécoise en matière de protection des renseignements personnels dans le secteur de la santé. Pour en savoir davantage sur Medicum et sur la conformité de ses pratiques, veuillez composer sans frais le 1-877-787-3228.

