

## Demande d'autorisation préalable

### Directives

**Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin.** Ce formulaire pourrait ne pas s'appliquer à votre régime. Avant de le remplir, assurez-vous que le médicament fait partie de la liste des médicaments couverts au titre de votre régime. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Si vous avez déjà acheté le médicament, joignez les reçus originaux et le formulaire habituel de demande de règlement pour la garantie Frais médicaux.

### Partie A – Patient

#### Renseignements sur le patient

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :	

Cochez toutes les cases qui s'appliquent au patient :

- Le patient est un étudiant à charge qui a dépassé l'âge limite (fréquente à temps plein un collège ou une université). Joignez un document confirmant son inscription à temps plein établi par l'établissement d'enseignement.
- Le patient est un conjoint ou une personne à charge de plus de 18 ans. Il a signé la section Autorisation ci-dessous. La Sun Life est donc autorisée à obtenir des renseignements médicaux supplémentaires pour cette demande.

#### Coordination des prestations

<b>Couverture par le régime provincial</b>	Vous avez présenté une demande sur un médicament qui est peut-être couvert par un régime provincial. Pour savoir si vous avez droit à la couverture, parlez à votre médecin et présentez une demande à la province. Montrez la réponse de la province à votre pharmacien lorsque vous l'aurez reçue.
<b>Couverture par un autre régime (premier payeur)</b>	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert <i>*Joindre la lettre faisant état de la décision*</i>

## Demande d'autorisation préalable

### Autorisation

Les réponses fournies sur ce formulaire sont exactes. J'autorise la Sun Life à recueillir, à utiliser et à transmettre mes renseignements personnels pour trois raisons. Ces raisons sont la gestion administrative du régime, la tarification de la couverture et l'évaluation des demandes de règlement. La Sun Life peut échanger (autrement dit, recueillir et transmettre) des renseignements avec les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies, les responsables de programmes d'État ou d'aide aux patients et toute autre organisation qui possède des renseignements pertinents à mon sujet. La Sun Life peut aussi transmettre de l'information à des assureurs ou des réassureurs, ainsi qu'à des agents et à des fournisseurs de services de la Sun Life et des parties nommées ci-dessus. La Sun Life transmettra les renseignements me concernant uniquement si c'est nécessaire. Mon consentement est valable tant que le régime est en vigueur.

Je reconnais que toute photocopie ou version électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (si âgé de plus de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Date

## Demande d'autorisation préalable

### Partie B – Médecin prescripteur

Veillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Ne fournissez pas de résultats de tests génétiques.

### SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

Nom du médicament <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Première demande    <input type="checkbox"/> Renouvellement*</span>				
DIN	Dose	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Où le médicament sera-t-il administré? <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cabinet du médecin/clinique privée <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> Hôpital (patient hospitalisé) <input type="checkbox"/> Clinique privée (dans un hôpital – sans financement public ou gouvernemental)				
Nom de l'établissement :				
Adresse :				
Ville :	Province :	Code postal :		

\* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

#### Indiquez le motif de la demande (choisissez une option)

Il est parfois médicalement nécessaire de prescrire au patient un médicament qui n'est pas couvert ou qui est couvert seulement en partie par son régime, ou qui doit être renouvelé plus fréquemment que ce que prévoit son régime. Dans ce cas, le patient peut présenter une demande d'exception à la Sun Life en remplissant ce formulaire. Nous étudions les demandes d'exception pour les médicaments sur ordonnance uniquement si le médicament est utilisé pour traiter une affection considérée comme une indication approuvée selon Santé Canada.

- Si le patient ne peut pas prendre le médicament équivalent le moins cher et que vous demandez la couverture du prix total du médicament, remplissez la partie A.
- Si le patient ne peut pas prendre un médicament différent, couvert à un pourcentage de remboursement plus élevé et que vous demandez la couverture du médicament au pourcentage de remboursement le plus élevé du régime, remplissez la partie B.
- Si vous demandez la couverture des frais d'exécution d'ordonnance additionnels, remplissez la partie C.
- Si vous demandez la couverture d'un médicament qui n'est pas couvert par le régime du patient, remplissez la partie D.

## Demande d'autorisation préalable

### SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

**Partie A :** Le patient ne peut pas prendre le médicament équivalent le moins cher.

Motif de la demande

- Contre-indication au médicament équivalent le moins cher
- Effet indésirable grave du médicament équivalent le moins cher
- Échec du traitement avec le médicament équivalent le moins cher
- Interaction médicamenteuse du médicament équivalent le moins cher avec d'autres médicaments pris par le patient.
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Décrivez la nature, l'intensité et la gravité des symptômes (reliée à la raison ci-dessus). En cas d'interaction médicamenteuse, indiquez les autres médicaments concernés et le type d'interaction.

**Partie B :** Le patient ne peut pas prendre un médicament différent, couvert à un pourcentage de remboursement plus élevé du régime.

Pour que le médicament demandé soit admissible à la couverture, le patient peut devoir faire l'essai de deux autres médicaments couverts par son régime. Énumérez tous les médicaments qu'il a pris, ceux qu'il prend ou ceux qu'il ne peut pas prendre à cause de l'affection dont il est atteint.

Médicament et posologie	Date du ou des traitement(s), le cas échéant	Indiquez la ou les raison(s) médicale(s) pour lesquelles le patient ne peut pas prendre ce médicament	Décrivez la nature, l'intensité et la gravité des symptômes
		<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Échec du traitement <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autre : _____	
		<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Échec du traitement <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autre : _____	

**Partie C :** Vous demandez la couverture des frais d'exécution d'ordonnance additionnels.

Raison médicale justifiant une fréquence de renouvellement d'ordonnance accrue.

- Sécurité du patient
- Suivi du traitement
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## Demande d'autorisation préalable

**Partie D :** Vous demandez la couverture d'un médicament qui n'est pas couvert par le régime du patient.

**PREMIÈRE DEMANDE**

Indiquez les renseignements demandés. Ne fournissez pas de résultats de tests génétiques.

- Date du diagnostic : \_\_\_\_\_
- Renseignements cliniques sur l'affection dont souffre actuellement le patient, y compris les symptômes, les signes et le pronostic.

- Renseignements sur les traitements précédents (nom du ou des médicament(s), posologie, date du ou des traitement(s) et motif de l'arrêt du traitement) ou précisions sur les contre-indications aux autres traitements.

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Motif de l'arrêt du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie/intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Quels sont les objectifs de traitement et comment le suivi de ceux-ci est-il assuré?

- Si le patient a déjà pris le médicament faisant l'objet de la présente demande, fournissez des précisions, y compris la posologie, la date du ou des traitement(s), la preuve objective de l'effet bénéfique du médicament et le motif de l'arrêt du traitement.

**RENOUVELLEMENT**

- Des preuves de l'effet clinique bénéfique du médicament figurent au dossier du patient. Expliquez comment les objectifs de traitement indiqués sur la première demande ont été satisfaits.

## Demande d'autorisation préalable

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

### SECTION 4 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour: concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite) ou appelez-nous.

**Des questions?** Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer le numéro sans frais 1-800-361-6212 du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h (HE).

### SECTION 5 – CONTACTEZ-NOUS



Vous pouvez nous envoyer **toutes les pages** du formulaire au moyen de l'application mobile ma Sun Life ou en accédant au site Web [masunlife.ca](http://masunlife.ca). Veuillez utiliser « Auth. préalable » comme numéro de référence.

OU

Veuillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie®.

#### TÉLÉCOPIEUR :

1-855-342-9915

#### POSTE :

Sun Life du Canada, compagnie  
d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
C. P. 11658, Succ. Centre-ville  
Montréal, QC H3C 6C1

Sun Life du Canada, compagnie  
d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
C. P. 2010, Succ. Waterloo  
Waterloo, ON N2J 0A6