

Formulaire d'autorisation préalable pour le cannabis médical

Ce formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement pour médicament. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, visitez le site Web de la Great-West au www.lagreatwest.com.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

La Great-West reconnaît et respecte l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection de renseignements personnels ou si vous avez des questions sur les politiques et les pratiques de la Great-West en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), consultez le www.lagreatwest.com ou écrivez au chef de la conformité de la Great-West.

J'autorise la Great-West, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou des programmes d'aide aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Great-West ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter ma demande de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. La Great-West se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment, et ce consentement s'étend à toute vérification de ma demande de règlement. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé la Great-West à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.

Signature du participant du régime : _____ Date : _____

Directives pour remplir le formulaire

1. Remplissez les sections dans la partie « Renseignements fournis par le patient ».
2. Demandez au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».
3. Faites parvenir toutes les pages du formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique (voir les renseignements ci-dessous).

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

Par la poste : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Services administratifs – Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Par télécopieur : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention des Services administratifs –
Médicaments

Par courriel : gwldrug.services@gwl.ca
À l'attention des Services administratifs –
Médicaments

(Suite à la page suivante)

Renseignements fournis par le patient Cannabis médical

Renseignements sur le participant de régime – Remplissez toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Participant de régime :		Nom du patient :	
Nom du régime :	Numéro de régime :	Numéro d'identification du participant de régime :	
Date de naissance du patient (jj-mm-aaaa) :	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :		

Veillez indiquer votre numéro de téléphone et préciser les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Peut-on communiquer avec vous par courriel? (Veillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.)

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel : _____

Le patient a-t-il déjà pris ou prend-il actuellement ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, a) indiquez la date de début (jj-mm-aaaa) : _____

b) précisez qui couvre ce médicament : _____

**Demandez à votre médecin traitant de remplir la section
« Renseignements fournis par le médecin ».**

(Suite à la page suivante)

Renseignements sur le médecin (en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin prescripteur :

Spécialité :

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :

Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) :

1. Nom du produit : Cannabis médicinal

2. Votre patient est-il autorisé à posséder du cannabis à des fins médicales aux termes de la loi actuelle? Oui Non

3. Forme de la dose prescrite et posologie : _____

Diagnostic et indication d'utilisation (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) : _____

Spasticité ou douleurs neuropathiques dans les cas de sclérose en plaques

Nausées et vomissements causés par la chimiothérapie ou douleurs neuropathiques dans les cas de cancer

Anorexie ou douleurs neuropathiques dans les cas de VIH ou de sida

Symptômes associés aux soins palliatifs

4. Quelle est la durée prévue du traitement avec le cannabis médicinal? _____

Note à l'intention du médecin : La Great-West pourrait exiger que votre patient se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable dans une pharmacie désignée pour qu'il puisse obtenir un remboursement. Le cas échéant, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus de renseignements.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Numéro d'immatriculation : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification. Une fois rempli, ce formulaire doit être retourné à la Great-West par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

**Par la poste : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Services administratifs – Médicaments
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5**

**Par télécopieur : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention des Services administratifs –
Médicaments**

**Par courriel : gwldrug.services@gwl.ca
À l'attention des Services administratifs –
Médicaments**