

Formulaire d'autorisation préalable

Pour le traitement du cancer : Zelboraf (vémurafénib)

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Important – À lire attentivement

Veillez noter que le fait de remplir le présent formulaire ne garantit pas que la demande sera acceptée. Il doit être rempli au complet, sinon il vous sera retourné. Tous les frais engagés pour l'obtention de renseignements médicaux à l'appui de la présente demande sont à votre charge. En raison du caractère confidentiel des renseignements personnels qui vous concernent, nous vous communiquerons notre réponse par écrit.

Si vous avez déjà acheté le médicament pour lequel vous présentez une demande d'autorisation préalable, veuillez annexer l'original de tous vos reçus à un formulaire ordinaire de demande de règlement de frais médicaux.

2 À remplir par le participant

Renseignements sur le participant

Numéro de contrat		Numéro de participant		Promoteur de régime/employeur	
Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province	Code postal	
Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Numéro de téléphone (le jour) — —		Numéro de télécopieur — —	

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille du demandeur		Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —		Lien avec le participant <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

Autorisation et signature

J'atteste que les renseignements que j'ai indiqués ci-dessus sont exacts et complets. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir, à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime, et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance.

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

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa) — —
-------------------------------	---------------------------



3 À remplir par le médecin

Nom de famille du médecin (en caractères d'imprimerie)		Prénom (en caractères d'imprimerie)	
Spécialité		Numéro de téléphone — —	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Nom du médicament	Concentration	Dose	

Zelboraf (vémurafénib) ouvre droit à un remboursement seulement si le patient répond à un ou à plusieurs des critères indiqués ci-dessous. Si le patient ne répond à aucun des critères indiqués, le médicament n'ouvrira pas droit à un remboursement (veuillez le confirmer en cochant la dernière case ci-dessous). Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte en vertu d'un programme gouvernemental de médicaments ou de tout autre régime de remboursement de frais de médicaments.

Si la demande est approuvée, l'acceptation de la couverture du médicament peut être réévaluée à tout moment à la discrétion de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Veuillez indiquer si le patient répond à un ou à plusieurs des critères suivants :

- Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique à **mutation BRAF V600** chez les patients adultes (âgés de 18 ans et plus).
- Un **test validé à l'égard de la mutation BRAF V600** confirme que le patient présente cette mutation.

OU

- Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents

Signature du médecin X	Date (jj-mm-aaaa) — —
---------------------------	---------------------------

Protection des renseignements personnels

Nous avons à coeur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Des questions? Veuillez visiter le www.sunlife.ca ou composer le numéro sans frais 1-800-361-6212 du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

Directives sur l'expédition – Veuillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers

Faites parvenir le formulaire dûment rempli au Bureau des règlements le plus proche, par la poste ou par télécopieur.

Numéro de télécopieur :
1-855-342-9915

**Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie**
CP 11658 Succ CV
Montréal QC H3C 6C1

**Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie**
CP 2010 Succ Waterloo
Waterloo ON N2J 0A6