

BIENVENUE AUX SERVICES DE NAVIGATION PROTECTION MÉDICAMENTS

Bonne nouvelles!

Assomption Vie et Sécurindemnité s'associent pour vous offrir les Services de Navigation Protection Médicaments. Tout ce que vous devez faire maintenant, c'est prendre quelques minutes pour lire cette lettre très importante, en comprendre les objectifs et le rôle, puis remplir et nous retourner le formulaire que vous trouverez ci-joint.

Sécurindemnité collabore avec nous pour assurer une meilleure gestion de votre régime d'assurance médicaments. Votre administrateur a mis en œuvre un nouveau programme de gestion de médicaments appelé Protection Médicaments Plus. Ce programme couvre les médicaments les plus couramment prescrits et exclut les médicaments spécialisés qui peuvent être remboursés par un programme d'accès spécial ou un régime d'assurance médicaments provincial.

L'une des étapes cruciales de l'utilisation d'un traitement pharmaceutique est de vous assurer que vous avez accès au bon traitement, au bon moment, par les bons moyens. Ce n'est pas toujours facile et c'est pour cette raison que nous tenons à vous faire profiter des services d'assistance les plus professionnels en la matière.

Grâce à ce partenariat, Assomption Vie et Sécurindemnité pourront vous aider à obtenir le meilleur accès au meilleur traitement pharmaceutique offert. Vous aidant à vous y retrouver dans ce long processus de formulaires et de demandes, ils seront en mesure, si ce n'est d'éliminer, d'au moins réduire considérablement votre stress et le temps requis pour accomplir cette tâche.

Bien que certaines étapes puissent parfois être exigeantes, cette démarche est nécessaire afin de vous permettre, ainsi qu'à vos collègues, d'obtenir un accès à long terme aux meilleurs soins de santé dans les années à venir. Il vaut mieux prendre le temps de bien faire les choses dès maintenant afin d'éviter des délais inutiles aux étapes suivantes.

ACTIONS REQUISES

Afin d'adhérer aux Services de Navigation Protection Médicaments, veuillez remplir le formulaire qui suit et le retourner à Assomption Vie par télécopieur, par courriel ou par la poste. Vous trouverez nos coordonnées, notre adresse électronique et notre numéro de télécopieur au haut du formulaire. SécurIndemnité communiquera avec vous le jour ouvrable suivant la réception de votre formulaire. Si vous souhaitez obtenir d'autres renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec un représentant du service à la clientèle d'Assomption Vie au 1-888-869-9797 ou à medicaments@assomption.ca.

Veillez agréer, [Madame/Monsieur], nos salutations distinguées.

L'équipe d'Assomption Vie

SERVICES DE NAVIGATION MÉDICAMENTS

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Appelez nous au 1-888-869-9797 ou envoyer nous vos demandes ou formulaire complété par télécopieur au **1-855-401-9068**
OU contactez-nous plus rapidement par courriel à médicaments@assomption.ca
 OU envoyer les demandes par la poste à : Assomption Vie, C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1

La force de  **SécurIndemnité**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient	Numéro du groupe	Numéro de certificat	Lien de parenté avec le participant au régime : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre
Adresse municipale			Ville
Province	Code postal	Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)	
Numéro de téléphone <i>Domicile</i>	<i>Travail / Cellulaire</i>	Le meilleur moment pour le joindre <input type="checkbox"/> le matin (de 8 h 30 à 12 h) <input type="checkbox"/> l'après-midi (de 12 h à 17 h)	
Adresse de courriel			

MÉDICAMENT DEMANDÉ

Nom du produit	Concentration	Posologie
Diagnostic		

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
----------------	---------------------	-----------------------

PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS (à remplir par le participant s'il y a lieu)

Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament prescrit? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : a) No de cas/dossier : _____

b) Coordonnées de l'agent chargé du cas

Nom : _____ Téléphone : _____

RÉGIME DU CONJOINT (à remplir par le participant s'il y a lieu)

Certaines de vos prestations d'assurance médicaments sont-elles coordonnées avec le régime de votre conjoint? Oui Non

CONSENTEMENT

Par la présente, j'autorise :

- La collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels pour SécurIndemnité et tout médecin, établissement de soins de santé, hôpital et gouvernement, et toute clinique, installation médicale, compagnie d'assurance, tierce partie et entreprise d'administration des programmes d'aide aux patients, à la seule fin d'obtenir une couverture pour médicaments.
- SécurIndemnité communiquera avec moi ou avec d'autres parties, en mon nom, pour répondre aux besoins susmentionnés.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature X	Date (AAAA/MM/JJ)
----------------	-------------------