

BIENVENUE AUX SERVICES DE NAVIGATION PROTECTION MÉDICAMENTS

Bonne nouvelle !

Assomption Vie s'est associée à Sécurlndemnité pour lancer les **Services de navigation Protection Médicaments**, une offre conçue pour simplifier l'accès aux prestations de votre régime d'assurance-médicaments. Vous pouvez vous inscrire facilement en lisant les détails de cette lettre, en remplissant le formulaire ci-joint et en nous le retournant.

Sécurlndemnité et Assomption Vie travaillent ensemble pour mieux administrer votre régime d'assurance-médicaments. L'administrateur de votre régime a récemment introduit le programme **Protection Médicaments Plus**, qui couvre la plupart des médicaments couramment prescrits, à l'exclusion des médicaments spécialisés. Les médicaments spécialisés peuvent être admissibles à un financement par l'entremise de programmes provinciaux de médicaments ou de programmes d'accès spéciaux.

Accéder au bon traitement au bon moment peut être difficile. C'est pourquoi nous vous offrons un soutien professionnel pour vous guider tout au long du processus. Nos **services de navigation** dans les couvertures permettent de réduire la complexité et le stress lié à la gestion des demandes et de la documentation, et de garantir un accès rapide au traitement dont vous avez besoin.

Ce service est conçu non seulement pour vous faire gagner du temps et des efforts, mais aussi pour garantir un accès à long terme à des soins de santé de qualité pour vous et vos collègues.

PROCHAINES ÉTAPES

Pour s'inscrire aux services de navigation de couverture :

1. Remplir le **formulaire d'adhésion** ci-joint.
2. Soumettre ce formulaire à Assomption Vie par télécopieur, par courriel ou par la poste. (Les coordonnées sont indiquées en haut du formulaire)

Une fois le formulaire reçu, Sécurlndemnité communiquera avec vous dans les deux jours ouvrables pour vous aider à répondre à vos besoins en matière d'assurance-médicaments.

Pour obtenir de l'aide supplémentaire, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle d'Assomption Vie :

- Téléphone : **1-888-869-9797**
- Courriel : medicaments@assomption.ca

Nous sommes là pour vous aider !

- 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 : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Autre
Adresse municipale			Ville
Province		Code postal	Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
Numéro de téléphone <i>Domicile</i>		Le meilleur moment pour le joindre ☐ le matin (de 8 h 30 à 12 h) ☐ l'après-midi (de 12 h à 17 h)	
		<i>Travail / Cellulaire</i>	
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)
----------------	-------------------