



# Fraternité des policiers et policières de Montréal

## Renseignement pour le membre

Un membre actif souffrant de trouble dépressif majeur ou d'un trouble d'anxiété généralisée n'ayant pas répondu de manière satisfaisante à au moins un médicament antérieur est éligible à un remboursement en totalité.

### UN PROCESSUS SIMPLE

1. Remplissez avec le médecin, le formulaire d'autorisation de GreenShield.
2. Envoyez le formulaire d'autorisation dûment rempli par télécopieur à GreenShield au 1 866 797-6483 au nom de votre patient.
3. Créez votre compte et commandez le test en utilisant le lien suivant : <https://www.pillcheck.ca/fppm>
4. Vous recevrez de GreenShield) la réponse à votre demande d'admissibilité à un remboursement à 100%
5. Vous devez payer votre test en totalité, puis soumettre votre réclamation au département des assurances. La réclamation sera remboursée à 50% ou à 100%, selon votre admissibilité et si votre demande a été approuvée.
- 6- Si vous souhaitez commander le test **uniquement** lorsqu'il est remboursable à 100 %, veuillez attendre la confirmation d'admissibilité avant de procéder à l'achat.



# pillcheck

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

**Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.**

### SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	N° d'identification GreenShield	Nom de l'employeur	
Prénom	Date de naissance (M/J/A)	Numéro de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

J'autorise par la présente tout médecin ou dentiste, pharmacien, praticien, hôpital, clinique ou établissement médical à transmettre à GreenShield des renseignements sur ma santé relativement à la présente demande.

J'autorise GreenShield à obtenir et à échanger des renseignements personnels avec des tiers, selon les besoins, notamment des fournisseurs de soins de santé, programmes d'aide aux patients et fournisseurs membres du réseau de pharmacies privilégiées de GreenShield si ces renseignements sont nécessaires aux fins d'administration de l'assurance médicaments. Je comprends que mes renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité du médicament, administrer le régime d'assurance collective et, s'il y a lieu, administrer le réseau de fournisseurs pharmaceutiques privilégiés et les programmes de soutien aux patients en mon nom. Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être échangés et transmis entre ces tiers aux fins susmentionnées; il peut s'agir notamment de renseignements sur mes demandes de remboursement de médicaments d'ordonnance, un diagnostic reçu, un problème de santé, un traitement et toute autre question liée à la santé. Je comprends que mon consentement aidera GreenShield à évaluer ma réclamation et que le fait de ne pas l'accorder pourrait retarder le traitement de ma demande ou entraîner son refus. Je peux révoquer ce consentement en tout temps au moyen d'un avis écrit envoyé à l'adresse ci-dessous.

Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être transmis aux personnes autorisées en vertu de la loi applicable au Canada, seulement si ces renseignements sont nécessaires pour en vérifier l'exactitude ou administrer la présente assurance.

Je déclare que les renseignements fournis sont à ma connaissance complets et exacts.

Date \_\_\_\_\_ Signature du patient \_\_\_\_\_  
(Dans le cas d'une personne âgée de moins de 16 ans, la signature du parent ou tuteur est requise.)

### SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom du professionnel de la santé	Signature du professionnel de la santé	Spécialité ou nom de la pharmacie	Date (M/J/A)
Adresse (n° et rue)		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	Numéro de télécopieur

### SECTION 3 RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS POUR ÉVALUATION

**Pour la prise en charge du trouble dépressif majeur ou du trouble d'anxiété généralisée ou sociale modéré à grave qui n'a pas répondu de manière satisfaisante à au moins un médicament antérieur (selon une posologie et une durée appropriées<sup>1</sup>).**

**Diagnostic traité et gravité de la maladie :**

Trouble dépressif majeur

Trouble d'anxiété généralisée ou sociale

	Niveau de gravité	Score au QSP-9 <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/>	Minime	De 0 à 4
<input type="checkbox"/>	Léger	De 5 à 9
<input type="checkbox"/>	Modéré	De 10 à 14
<input type="checkbox"/>	Modérément grave	De 15 à 19
<input type="checkbox"/>	Grave	De 20 à 27

	Niveau de gravité	Score au GAD-7 <sup>3</sup>
<input type="checkbox"/>	Minime	De 0 à 4
<input type="checkbox"/>	Léger	De 5 à 9
<input type="checkbox"/>	Modéré	De 10 à 14
<input type="checkbox"/>	Grave	De 15 à 21

**Détails sur le traitement antérieur :**

Nom du traitement antérieur : \_\_\_\_\_

Dose utilisée et fréquence d'administration : \_\_\_\_\_

Résultats du traitement antérieur : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Durée appropriée : durée de traitement (à une dose thérapeutique) d'au moins quatre à six semaines.

<sup>2</sup> Le questionnaire sur la santé du patient (QSP-9, ou PHQ-9 pour Patient Health Questionnaire-9 en anglais) est un questionnaire d'autoévaluation en neuf points utilisé pour évaluer les neuf critères diagnostiques de la dépression. (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) – en anglais seulement

<sup>3</sup> Le questionnaire sur le trouble anxieux (GAD-7, ou General Anxiety Disorder-7 en anglais) est un questionnaire d'autoévaluation en sept points utilisé pour évaluer la gravité des symptômes du trouble anxieux. (GAD-7; Spitzer et al. 2006) – en anglais seulement

**Autres commentaires concernant les médicaments ou l'état de santé :**

**Veillez nous fournir des renseignements sur les autres protections (provinciale ou privée) concernant ce patient et ce (ces) médicament(s) :**  
Demande formulée pour une autre protection :  Oui  Non  Approuvée  Refusée

### SECTION 4 DIRECTIVES D'ENVOI POSTAL

Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli, accompagné des reçus originaux officiels de la pharmacie, à :  
GreenShield, Service d'autorisation préalable des médicaments, C. P. 1606, Windsor (Ontario) N9A 6W1

Le formulaire peut être transmis par télécopieur au 1 519 739-6483 (ou sans frais au 1 866 797-6483), ou par courriel à [auto.prealable@greenshield.ca](mailto:auto.prealable@greenshield.ca)