

Renassist Plus est un programme parrainé par sanofi-aventis Canada inc. (« Sanofi Canada ») pour le remboursement des produits RENAGEL^{MD} et RENVELA^{MD}. Les patients admissibles inscrits à Renassist Plus ont la possibilité d'obtenir de l'aide au remboursement, selon leur admissibilité. Renassist Plus offre ces avantages gratuitement aux patients inscrits.

L'admissibilité au remboursement de certains médicaments comme RENAGEL^{MD} ou RENVELA^{MD} par votre régime collectif d'assurance médicaments, votre régime privé d'assurance maladie ou les programmes provinciaux pour le remboursement exceptionnel de médicaments non inscrits peut se révéler difficile à établir et reposer sur des critères très stricts. Selon la façon dont vous présentez votre dossier au Service des règlements de ces divers payeurs, votre admissibilité pourrait être refusée simplement parce que les renseignements que vous avez fournis ont été mal compris ou mal interprétés, ou que la demande d'autorisation préalable que vous avez soumise était incomplète. Ne prenez pas le risque de voir votre demande refusée et de devoir renoncer aux avantages auxquels vous pourriez avoir droit. Laissez les spécialistes de Renassist Plus travailler pour vous afin de maximiser vos chances d'obtenir une protection pour les médicaments.

INFORMATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS :

Afin d'assister Renassist Plus dans mon dossier, je fournis par la présente toute l'information nécessaire que je confirme être exacte et complète.

NOM DU PATIENT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ (JJ/MMM/AAAA)
 GENRE (À LA NAISSANCE) : FEMME HOMME ALLERGIES : NON OUI (veuillez préciser) : _____
 COURRIEL : _____ ADRESSE DU PATIENT : _____
 VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____
 N° DE TÉLÉPHONE : _____ AUTORISATION À LAISSER UN MESSAGE : OUI NON
 STATUT D'EMPLOYÉ : ACTIF _____ RETRAITÉ _____



NOM DU PARTICIPANT AU RÉGIME : _____ NOM DE L'ASSUREUR : _____ N° DE GROUPE : _____
 N° DU PARTICIPANT : _____ ASSUREUR PRIVÉ : _____ N° DE POLICE : _____
 NOM DE LA PHARMACIE : _____ N° DE TÉLÉPHONE DE LA PHARMACIE : _____

INFORMATION DU MÉDECIN :

NOM DU MÉDECIN : _____ N° DE PERMIS : _____ ADRESSE : _____
 N° DE TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉCOPIE : _____ COURRIEL : _____ CONTACT FAVORI : (Tél./Télec./Courriel)

INFORMATION DE PRESCRIPTION :

Renagel (chlorhydrate de sevelamer) disponible en comprimés de 400 mg et 800 mg

Indications : Prendre _____ mg par voie orale _____ fois par jour pendant les repas. Durée : _____ jours.
 Renouvellement : _____
 Autres instructions : _____

Renvela (carbonate de sevelamer) comprimé de 800 mg

Indications : Prendre _____ mg par voie orale _____ fois par jour pendant les repas. Durée : _____ jours.
 Renouvellement : _____
 Autres instructions : _____

Renvela (sevelamer carbonate) poudre pour suspension orale en sachet de 0,8 g et 2,4 g sachets

Indications : Prendre _____ mg par voie orale _____ fois par jour pendant les repas. Durée : _____ jours.
 Renouvellement : _____
 Autres instructions : _____

AVIS DU MÉDECIN ATTESTANT LA NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT SUR LE PLAN MÉDICAL (Facultatif) :

Par la présente, j'atteste que je suis le médecin traitant du patient (de la patiente) et que le requérant (la requérante) est mon patient (ma patiente). Je confirme également que la médication de ce patient (cette patiente) a été prescrite conformément aux indications approuvées par Santé Canada. En signant avec une signature électronique, j'accepte que cette signature donne le même pouvoir qu'une signature physique.

ATTESTATION DU MÉDECIN : _____ DATE : _____ (JJ/MMM/AAAA)
 (Veuillez apposer votre signature)

VÉRIFICATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE L'ASSISTANCE FINANCIÈRE : (section à remplir par le patient ou un membre de sa famille)

À qui de droit,

J'ai lu, je comprends et j'accepte les modalités de la politique de protection des renseignements personnels figurant au verso de cette page. Par la présente, j'autorise Renassist Plus à m'aider et à agir en mon nom :

- pour vérifier la couverture offerte par mon régime d'assurance provincial, privé ou collectif et déterminer, en mon nom ou en celui de la personne à ma charge, toute information relative à ma protection médicale et à ses modalités en ce qui concerne le remboursement des médicaments ou les autres avantages applicables liés à mes soins médicaux. Je comprends que, dans le cadre de la vérification visant à déterminer tous les avantages que me confère ma protection, Renassist Plus devra communiquer avec mon assureur, celui de la personne à ma charge ou mon médecin, dans le but d'obtenir d'autres renseignements, si nécessaire;
- pour vérifier et déterminer, en mon nom ou en celui de la personne à ma charge, toute information relative à mon admissibilité à de l'aide financière pour le paiement de la quote-part ou de la franchise provinciale. Je comprends que pour vérifier mon admissibilité, Renassist Plus devra demander des preuves de mon revenu familial, selon les critères provinciaux ou du programme.
- J'autorise également la divulgation des renseignements personnels me concernant, qui figurent sur le présent formulaire ou qui seront recueillis dans le cadre de ma participation à ce programme, à d'éventuels payeurs ou organismes en vue de déterminer mon admissibilité. Par la présente, je donne instruction aux tiers payants qui administrent les régimes en vertu desquels je suis admissible au remboursement des médicaments d'ordonnance et à d'autres avantages en matière de santé de divulguer les renseignements concernant ma couverture d'assurance aux responsables de Renassist Plus.

SIGNATURE DU PATIENT/REPRÉSENTANT LÉGAL : _____ DATE : _____ (JJ/MMM/AAAA)

NOM DU PATIENT/REPRÉSENTANT LÉGAL EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE : _____ LIEN AVEC LE PATIENT* : _____

DIAGNOSTIC : _____ * Si le signataire est une personne autre que le patient, veuillez préciser son autorité de signer au nom du patient.

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE AU NUMÉRO OU À L'ADRESSE CI-DESSOUS :

N° de télécopieur : 1 833 350-3896 (sans frais) N° de téléphone : 1 833 352-2900 (sans frais) Courriel : renassistplus@bayshore.ca

2101 route Hadwen, Mississauga, ON, L5K 2L3

Il est important que vous compreniez comment seront utilisés les renseignements que vous communiquez dans le cadre du programme Renassist Plus de Sanofi Canada. Chez Sanofi Canada, nous avons à cœur de respecter vos droits à la protection de vos renseignements personnels. La présente section décrit les pratiques de Sanofi Canada concernant les renseignements personnels recueillis par l'intermédiaire du programme Renassist Plus. De manière générale, les « renseignements personnels » désignent toute information recueillie qui permet d'identifier une personne physique y compris, sans restriction, votre nom, adresse, numéro de téléphone et date de naissance (les « renseignements personnels »). Conformément aux dispositions des lois et des règlements en vigueur, Sanofi Canada a mandaté Renassist Plus aux fins de gestion de la collecte et du traitement des renseignements personnels liés au programme Renassist Plus. Exception faite des exigences juridiques de Sanofi Canada et des obligations de pharmacovigilance énoncées dans le présent document, Sanofi Canada n'aura pas accès à quelque renseignement personnel sur vous que ce soit. Sanofi Canada n'aura accès qu'à des renseignements groupés et anonymes sur les patients inscrits au programme Renassist Plus.

En acceptant de devenir membre du programme Renassist Plus, vous acceptez de nous fournir vos renseignements personnels (tels que vos nom, adresse, numéro de téléphone, adresse de courriel, année de naissance, genre, et certains renseignements sur votre santé). Ces renseignements serviront uniquement au programme Renassist Plus, dans les objectifs indiqués ci-dessous (« les objectifs ») :

- Créer votre adhésion ;
- Vous envoyer du matériel lié au programme Renassist Plus afin de vous fournir de l'aide au remboursement, ce qui inclut la communication avec d'autres assureurs, avec votre consentement ;
- Répondre à vos questions et requêtes ;
- Pour tout autre objectif déterminé au moment de la collecte ;
- Pour tout autre objectif auquel un membre donne son consentement ;
- Comme autorisé ou requis par la loi en vigueur.

Vos renseignements personnels ne seront ni communiqués ni divulgués, sauf :

- à l'administrateur qui gérera la collecte et le traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. Nous avons assuré par contrat qu'un tel tiers-fournisseur de services offre une protection élevée des renseignements personnels et qu'il soit responsable de leur sécurité. Il n'est pas autorisé à collecter, à utiliser ou à communiquer de renseignements personnels, sauf si cela est nécessaire en vue d'exécuter des services pour notre compte en lien avec les objectifs du programme énoncés dans le présent document ou pour respecter des exigences juridiques ;
- à votre médecin aux fins des objectifs du programme Renassist Plus.
- Les données statistiques liées au programme Renassist Plus seront présentées de façon groupée et anonyme et partagées avec Sanofi Canada, des professionnels de la santé et d'autres tiers, selon le cas. Le partage ou la divulgation décrits ci-dessus peuvent avoir lieu en dehors de votre juridiction et peuvent nécessiter un transfert en dehors de votre province.

Sanofi Canada se réserve le droit de transférer tout renseignement personnel lié au programme dans le cas de la vente ou de la cession de l'ensemble ou d'une partie de notre entreprise ou d'actifs ou des droits qui s'y rapportent. Dans le cas d'une telle vente ou d'une telle cession, nous demanderons que le cessionnaire utilise et communique les renseignements personnels que vous aurez fournis à propos de ce programme de manière harmonisée avec les objectifs énoncés dans le présent document.

Si vous fournissez des renseignements au sujet d'effets indésirables pendant l'utilisation de produits de Sanofi Canada, nous pourrions utiliser les renseignements fournis pour soumettre des rapports à Santé Canada et/ou à d'autres organismes de réglementation pertinents. Nous pourrions être appelés à communiquer avec vous et/ou votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous reconnaissez que, pour se conformer aux lois, nous pourrions ne pas être autorisés à respecter votre demande de modification ou de suppression de renseignements personnels que vous nous avez fournis ou fournis à un tiers au sujet d'effets indésirables pendant

l'utilisation de produits de Sanofi Canada. Le traitement des déclarations d'effets indésirables peut être assuré et/ou géré par les filiales de Sanofi Canada ou des tiers fournisseurs engagés spécialement pour cette fin. Les renseignements sont recueillis et conservés dans une base de données informatisée qui est un outil interne du groupe Sanofi utilisé uniquement dans le but de mener des activités de pharmacovigilance. Cette base de données n'est accessible qu'aux employés, agents ou fournisseurs de services du groupe Sanofi nécessitant ces renseignements pour mener à bien leurs activités de pharmacovigilance. Certaines filiales de Sanofi Canada et tiers fournisseurs de services autorisés sont situés dans des pays où il n'existe aucune loi sur la protection des données personnelles ou dans lesquels le niveau de protection imposé par la loi locale est inférieur aux exigences de votre pays, et des renseignements personnels peuvent être divulgués à des autorités gouvernementales étrangères conformément aux exigences légales de ces autres juridictions. Afin d'assurer la sécurité et l'accès limité à cette base de données, des garanties appropriées et des exigences de sécurité ont été mises en place. Néanmoins, les mesures contractuelles raisonnables prises afin de protéger les renseignements personnels lors de leur traitement sont assujetties aux exigences légales étrangères, telles que celles concernant la divulgation des renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans ces pays.

L'administrateur ne conservera de renseignements personnels que tant qu'il en aura besoin pour réaliser les objectifs du programme. Le dossier de vos renseignements personnels sera mis à la disposition d'employés, d'entrepreneurs ou de mandataires autorisés de l'administrateur qui ont besoin d'y accéder en rapport avec les objectifs du programme. Les renseignements personnels seront principalement enregistrés dans une base de données électronique.

Vous avez certains droits d'accéder à vos renseignements personnels contenus dans votre dossier, et de les corriger, et afin de vous prévaloir de ces droits, ou si vous avez quelque question, commentaire ou préoccupation que ce soit, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-après. Si les renseignements personnels recueillis sont erronés, inexacts ou périmés, l'administrateur les corrigera à l'intérieur d'un délai raisonnable.

Il est convenu par la présente que les responsables du programme Renassist Plus respecteront les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé du Québec (la « loi ») et de toute autre loi sur la protection des renseignements personnels fédérale ou provinciale. Dans la mesure où aucune autre protection n'est offerte au membre selon les dispositions de la loi, ou de toute autre loi sur la protection des renseignements personnels en vigueur, et qu'il n'est pas énoncé d'autres dispositions identiques dans le présent document, il est convenu que les responsables du programme prendront les mesures qui donneront plein effet à une telle protection supplémentaire.

Si vous avez des questions, des commentaires ou des préoccupations à propos de nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels ou que vous voulez avoir l'accès à vos renseignements personnels, et les corriger, veuillez communiquer avec l'administrateur : Programme aux patients Renassist Plus, 2101 route Hadwen, Mississauga, ON, L5K 2L3, 1 833 352-2900.

Le présent programme a un caractère entièrement volontaire et vous pouvez annuler votre participation n'importe quand, sans motif, en appelant au numéro 1 888 352-2900. Après avoir annulé votre participation, vous ne serez plus admissible au programme Renassist Plus, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés; toutefois, les renseignements personnels déjà fournis au moment de votre annulation peuvent être utilisés sous une forme groupée et anonyme à l'endroit des objectifs du programme Renassist Plus.

INITIALES DU PATIENT : _____

sanofi



Bayshore
Rx spécialisés