iA Groupe financier

DEMANDE D'EXCEPTION POUR UN MÉDICAMENT D'ORIGINE

ASSURANCE COLLECTIVE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
Service des règlements, Santé et dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5
Télécopieur : 1 855 884-9811

Toutes les autres provinces
Service des règlements, Santé et dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3
Télécopieur : 1 877 780-7247

☐ **Nouvelle demande** ☐ **Renouvellement d'une demande**

1. MESSAGE IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

Veuillez remplir les parties « Renseignements sur le participant » et « Renseignements sur le patient/demandeur » du présent formulaire.

Veuillez remettre le présent formulaire à votre médecin traitant et veuillez lui demander de remplir la partie « Déclaration du médecin traitant ».

Veuillez retourner le formulaire rempli à iA Groupe financier (à l'adresse ci-dessus) puisque cette dernière est l'administrateur de votre contrat collectif.

Votre demande d'exception pour un médicament d'origine sera étudiée et vous serez informé, par écrit, si celle-ci a été acceptée ou refusée.

Veuillez ne pas soumettre votre réclamation avant d'avoir reçu votre lettre. Si vous n'attendez pas d'avoir reçu votre lettre, votre médicament vous sera remboursé au coût du médicament générique équivalent le moins cher.

Tous les renseignements médicaux que votre médecin traitant et vous-même nous fournissez sont traités de façon confidentielle.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom _____ Prénom _____

Numéro de la police : _____ Numéro de certificat : _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Tél. _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/DEMANDEUR

Nom _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance : A M J

Adresse (si autre que celle indiquée ci-dessus) _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Tél. _____

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médicament générique utilisé _____ DIN _____ Dose _____

Date de début du traitement : A M J Date d'apparition de l'effet indésirable : A M J

Conséquences attribuées à un effet indésirable (Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.)

☐ Danger de mort ☐ Hospitalisation ☐ Intervention nécessaire pour éviter toute séquelle permanente ☐ Réaction allergique

☐ Autre (Veuillez préciser.) _____

Veuillez décrire la nature, le degré et la gravité de l'effet indésirable _____

TRAITEMENT SUGGÉRÉ – NOM DU MÉDICAMENT D'ORIGINE _____ DIN _____ Dose et fréquence _____

Durée prévue du traitement _____

Nom du médecin _____ Prénom du médecin _____

Numéro de permis _____ Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Tél. _____

Signature du prescripteur _____ Date A M J

5. AUTORISATION

Je confirme que l'information fournie dans le présent formulaire est, à ma connaissance, véridique et complète.

En mon nom personnel ou au nom de ma personne à charge, le cas échéant, j'autorise mon médecin traitant ou, le cas échéant, le médecin de ma personne à charge, à échanger de l'information avec l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., ses employés, ses représentants et ses fournisseurs de services à des fins d'évaluation de ma demande d'exception pour un médicament d'origine.

Si la présente demande d'exception pour un médicament d'origine vise ma personne à charge, je déclare avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la présente demande.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, j'accepte que ce dernier soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'avantages sociaux. Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date A M J