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

1. MESSAGE IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

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

Veuillez ne pas soumettre votre réclamation avant d'avoir reçu votre acceptation. Si vous n'attendez pas d'avoir reçu votre acceptation, 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/PATIENT

Prénom du participant _____ Nom _____

Nº de police _____ Nº de certificat _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

Prénom du patient (si différent) _____ Nom _____

Lien avec le participant: ☐ conjoint ☐ enfant à charge Date de naissance A M J

3. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Médicament d'origine demandé _____ DIN _____ Dose et fréquence _____

Durée prévue du traitement _____

Raison de la demande :
- ☐ Allergie documentée – ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du médicament d'origine.
- ☐ Intolérance documentée – ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du médicament d'origine : _____
- ☐ Autre raison médicale documentée : _____

UTILISATION PRÉALABLE D'UNE VERSION GÉNÉRIQUE

Est-ce que la version générique a été utilisée ? ☐ Oui ☐ Non

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

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

Si non : Pour quelle raison la version générique n'a pas été utilisée? _____

Prénom du médecin _____ Nom _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Nº de permis _____

Signature du médecin traitant _____ Date A M J

4. DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

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'assurance collective. Je reconnais qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date A M J