

Veuillez aller à la page 2 pour la marche à suivre.

 **Renouvellement** **Demande initiale****PARTIE 1 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT OU LE PATIENT.**

Nom du participant \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Nom du patient (si différent) \_\_\_\_\_

Lien avec le participant :  Conjoint  Enfant à charge Date de naissance du patient 

A	M	J

Le patient pour lequel vous demandez une autorisation préalable est-il couvert par un autre régime collectif?  Non  Oui

Recevez-vous de l'aide financière d'une autre provenance ou avez-vous présenté une demande d'aide financière à un autre organisme (par exemple en vertu d'un programme d'aide provincial ou d'un programme d'aide aux patients)? Si votre demande a été acceptée, veuillez fournir une copie de la réponse reçue. Si elle a été refusée, veuillez en donner la raison \_\_\_\_\_

Je **consens** à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, je **déclare** avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, j'**autorise** mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. Je **consens** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de remboursement de médicament. J'**accepte** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.Je **reconnais** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant \_\_\_\_\_

Date 

A	M	J

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal 

--	--	--	--	--	--

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Courriel du participant \_\_\_\_\_

**PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

1. Nom du médicament \_\_\_\_\_ Dose quotidienne \_\_\_\_\_

2. Indiquer l'affection qui justifie la prise du médicament susmentionné (diagnostic) \_\_\_\_\_

3. Durée prévue du traitement \_\_\_\_\_

4. Décrire brièvement l'état de santé actuel du patient, y compris le stage atteint et le degré de gravité \_\_\_\_\_

5. Décrire les traitements préalables et les résultats obtenus (mentionner tout traitement suivi) \_\_\_\_\_

6. Le médicament devra-t-il être administré à l'hôpital?  Oui  Non

7. Existe-t-il d'autres médicaments pour traiter ce patient? \_\_\_\_\_

8. Le patient participe-t-il à une étude clinique pour ce médicament?  Oui  NonLe patient a-t-il déjà participé à une étude clinique?  Oui (nom du médicament et date de fin de l'étude) \_\_\_\_\_  Non9. **Veuillez fournir une copie du rapport de consultation actuelle** (ou s'il s'agit d'un renouvellement, du plus récent rapport) ou fournir tout complément d'information qui justifie la prise de ce médicament par le patient. \_\_\_\_\_

Prénom et nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro du permis \_\_\_\_\_

 Généraliste  Spécialiste  Autre, préciser \_\_\_\_\_Signature \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J

TIMBRE

Espace réservé à l'administration

## DEMANDE D'AUTORISATION AU PRÉALABLE POUR UN MÉDICAMENT

### MARCHE À SUIVRE ET INFORMATION IMPORTANTE

#### Comment remplir le formulaire

Étape 1 : Le participant ou le patient doit remplir la partie 1.

Étape 2 : Le médecin prescripteur doit remplir la partie 2.

#### INFORMATION IMPORTANTE

- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être assumés par le participant/le patient.
- Le traitement de votre réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas dûment rempli ou comporte des erreurs.
- Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre réclamation pour un médicament qui figure la liste d'autorisation préalable de iA Groupe financier. Le médicament doit répondre aux critères de votre régime pour être couvert. Au Québec, si un médicament est couvert parce qu'il figure sur la liste des médicaments d'exception de la RAMQ, il doit également répondre aux critères du présent régime pour être couvert.
- Le fait de remplir et de transmettre le présent formulaire ne signifie pas que votre demande sera acceptée. Vous recevrez le remboursement d'un médicament de la liste d'autorisation préalable uniquement si votre demande a été évaluée et acceptée par iA Groupe financier.
- Vous recevrez un avis dans les dix jours suivant la réception de votre demande chez iA Groupe financier. Cet avis vous informera de l'acceptation ou du refus de votre demande.
- Il est possible de voir le statut de la demande dans l'Espace client.

#### Comment nous faire parvenir votre formulaire

Par télécopieur (selon votre province de résidence) :

**Québec**  
1 855 884-9811

**Toutes les autres provinces**  
1 877 780-7247

Par courrier (selon votre province de résidence) :

**Québec**  
Règlements, Santé et dentaire,  
Assurance collective  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Toutes les autres provinces**  
Règlements, Santé et dentaire,  
Assurance collective  
C. P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Par messagerie sécurisée : Connectez-vous à l'Espace client, notre site sécurisé, et cliquez sur l'enveloppe blanche située en haut de l'écran.

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle, au 1 877 422-6487.

Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HNE)