

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)