

Voir la page 3 pour la marche à suivre.

Renouvellement       Demande initiale

**PARTIE 1 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE OU LA PARTICIPANT(E) OU PATIENT(E)**

Nom du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

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

Nom du ou de la patient(e) – si différent \_\_\_\_\_

Lien avec le ou la participant(e) :  Conjoint(e)    Enfant à charge      Date de naissance – patient(e) 

A	M	J

**Coordination des prestations**

Si le ou la patient(e) détient son propre régime d'assurance médicaments ou est inscrit(e) à un régime d'assurance médicaments provincial, la demande doit d'abord y être acheminée.

<b>Couverture par un autre régime d'assurance médicaments</b>	Est-ce que le ou la patient(e) est couvert(e) par un autre régime d'assurance médicaments? <input type="checkbox"/> Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus) <input type="checkbox"/> Non
<b>Couverture par le régime provincial</b>	Est-ce qu'une demande de remboursement a été soumise auprès du régime provincial du ou de la patient(e)? <input type="checkbox"/> Oui – Fournir une copie de la réponse reçue (acceptation ou refus) <input type="checkbox"/> Non
<b>Programme de soutien aux patients</b>	Est-ce que le ou la patient(e) est inscrit(e) à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui – Nom du programme : _____  Nom de la personne-ressource : _____  Téléphone : _____      Poste : _____

**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 employé(e)s, à ses représentant(e)s, 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'originale.

Signature du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

Date 

A	M	J

Adresse \_\_\_\_\_


Code postal 

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

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_      Poste \_\_\_\_\_

Courriel du ou de la participant(e) \_\_\_\_\_

## PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PRESCRIPTEUR

 **Important** : Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.

### SECTION A – MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

- Contrave (naltrexone/bupropion)  
 Saxenda (liraglutide)  
 Xenical (orlistat)

Teneur du médicament : \_\_\_\_\_

Voie d'administration (ex. : voie orale, etc.) : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_

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

Est-ce que le ou la patient(e) participe ou a déjà participé à une étude clinique pour ce médicament?

Oui (date de fin de l'étude) 

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

 Non

Est-ce que le ou la patient(e) utilise déjà le médicament?

Oui (date de début du traitement) 

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

 Non

### SECTION B – DEMANDE INITIALE

#### Diagnostic / Indication thérapeutique

- Surpoids / Obésité  
et  
 En complément d'un régime alimentaire hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme.

#### Renseignements cliniques

Date des mesures : 

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

Taille : \_\_\_\_\_  cm  po

Poids : \_\_\_\_\_  kg  lb

IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Facteur de comorbidité liée au poids : \_\_\_\_\_

Objectif thérapeutique visé (détails) : \_\_\_\_\_

#### Renseignements complémentaires

Est-ce qu'un plan d'action personnalisé a été établi?

Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Est-ce que le ou la patient(e) participe actuellement à un programme de gestion du poids ou fait l'objet d'un suivi par un ou une nutritionniste ou autre professionnel(le) de la santé?

Oui  Non

Précisez quelles stratégies de thérapie nutritionnelle et d'activité physique sont mises en place pour la gestion du poids?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis combien de temps ces stratégies ont-elles été initiées? \_\_\_\_\_

Quels ont été les résultats? \_\_\_\_\_

**Médicaments ou traitements antérieurs**

Nom du médicament ou du traitement		Période du traitement												
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____ _____ _____	Du : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table> Au : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table>	A	M	J				A	M	J			
A	M	J												
A	M	J												
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____ _____ _____	Du : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table> Au : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table>	A	M	J				A	M	J			
A	M	J												
A	M	J												
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____ _____ _____	Du : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table> Au : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr></table>	A	M	J				A	M	J			
A	M	J												
A	M	J												

**SECTION C – DEMANDE DE RENOUELEMENT**

**Renseignements cliniques nécessaires pour évaluer la réponse au traitement**

Les renouvellements subséquents ne seront envisagés que chez les patient(e)s qui obtiennent une perte de poids d’au moins 5 % et qui maintiennent cette perte de poids après le traitement initial.

La taille, le poids et l’indice de masse corporelle (IMC) initiaux et actuels du ou de la patient(e) doivent être indiqués.

Date des mesures initiales : 

A	M	J

 Taille : \_\_\_\_\_  cm  po Poids : \_\_\_\_\_  kg  lb IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Date des mesures actuelles : 

A	M	J

 Taille : \_\_\_\_\_  cm  po Poids : \_\_\_\_\_  kg  lb IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Renseignements complémentaires (facultatifs)**

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



Espace réservé à l’administration

**▲ Important** : Des renseignements incomplets ou manquants pourraient retarder le traitement de la demande.

## DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR UN MÉDICAMENT

### MARCHE À SUIVRE ET INFORMATION IMPORTANTE

#### Comment remplir le formulaire

Étape 1 : Le ou la participant(e) ou patient(e) doit remplir la partie 1.

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

- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être assumés par le ou la participant(e) ou patient(e).
- 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 sur 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 iA Groupe financier a évalué et accepté votre demande.
- 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 votre demande dans l'Espace client.

#### Comment nous transmettre 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 **Mes messages**.

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)