

1. CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT OU LE PATIENT

Nom du participant : _____ Date de naissance :

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom de l'assureur : _____ N° de groupe et certificat : _____

Nom du patient (si différent) : _____ Date de naissance :

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse : _____ Code postal :

Téléphone :

 Courriel : _____

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?) Oui Non

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 l'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** iA Groupe financier, ses entités affiliées et ses réassureurs à recueillir auprès de tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou de services sociaux publics ou privés, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, toute institution financière, employeur, ancien employeur, MIB LLC, agence d'investigation, administrateur d'assurance collective ou tout organisme privé ou public qui détient des renseignements personnels ou médicaux, ou à communiquer à ceux-ci des informations à mon sujet ou sur ma personne à charge incluant sur l'état de santé, les antécédents médicaux et autre information pertinente pour le traitement de toute demande de réclamation. Les renseignements personnels que nous, iA Groupe financier et ses entités affiliées, recueillons dans le cadre de votre demande ne seront utilisés et communiqués que pour les fins pour lesquelles vous avez déjà consenti. Pour revoir vos choix de consentement ou pour en apprendre davantage veuillez consulter l'Avis relatif à la protection des renseignements personnels au ia.ca/protection-renseignements-personnels.

Je **reconnais** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

2. CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ (MÉDECIN, RÉSIDENT EN MÉDECINE OU CHIRURGIEN-DENTISTE)

Nom du prescripteur : _____ N° d'inscription à la régie : _____

Adresse : _____ Code postal :

Téléphone :

 Télécopieur :

Courriel : _____

Médicament visé par la demande (IMPORTANT : Utiliser un formulaire pour chaque médicament.)

Nom du médicament :	Forme pharmaceutique :	Teneur :	Durée du traitement du : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J									A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J																												
A	A	A	A	M	M	J	J																												
Posologie :			Le médicament devra-t-il être administré à l'hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																

Justification de la demande (Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande)

Diagnostic : _____

Signature du prescripteur **X** _____ Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

COMMENT NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE :

Par courrier : iA Groupe financier / Réclamations
 1611, boul. Crémazie Est, bureau 800
 Montréal (Québec) H2M 2P2

Par télécopieur : 1 877 627-9313