

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 biologique de référence 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.

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 \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

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

Lien avec le participant:  conjoint  enfant à charge Date de naissance | | | | | | | |

**3. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Médicament biologique de référence demandé \_\_\_\_\_ DIN \_\_\_\_\_ Dose et fréquence \_\_\_\_\_

Durée prévue du traitement \_\_\_\_\_

Raison de la demande :  Femme enceinte – Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Patient pédiatrique : \_\_\_\_\_

Patient ayant présenté un échec thérapeutique à au moins deux autres médicaments biologiques utilisés pour traiter le même problème de santé. Veuillez préciser les médicaments biologiques essayés : \_\_\_\_\_

Autre raison médicale documentée : \_\_\_\_\_

Prénom du médecin \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

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

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Date | | | | | | | |

**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 | | | | | | | |