

Veuillez aller à 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) \_\_\_\_\_



