

Veillez aller à la page 2 pour la marche à suivre.

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

- Médicament
 OZEMPIC (sémaglutide), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale hebdomadaire de 1 mg.
 RYBELSUS (sémaglutide), l'autorisation sera donnée pour une dose initiale maximale quotidienne de 7 mg.
- Diagnostic
 Diabète de type 2
 Autre. Précisez : _____
- Administration du sémaglutide en association avec la metformine?
 Oui
 Non, précisez les raisons pour lesquelles le sémaglutide n'est pas administré en association avec la metformine : _____

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

DEMANDE D'AUTORISATION AU PRÉALABLE POUR OZEMPIC[®], RYBELSUS[®] (sémaglutide)

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.

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 (HE)